

REVISTA PORTUGUESA DE
COLOPROCTOLOGIA

VOL. 19 Nº 3 ●●● SETEMBRO/DEZEMBRO 2022

ISSN 2183-3729

 Sociedade
Portuguesa de
Coloproctologia

■ ■ ■ Corpo Editorial

Diretor

Francisco Portela

Editor

Pedro Amaro

Editores Adjuntos

Ana Célia Caetano
Fernando Valério
Carlos Leichsenring
Elisa Gravito Soares

Conselho Científico

Alexandre Duarte
Ana Azevedo
Ana Célia Caetano
António Oliveira
Carlos Casimiro
Carlos Vaz
David Horta
Fernando Castro Poças
Francisco Portela
Gabriela Duque
João Ramos de Deus
Jorge Fernandes
Jorge Sousa

José Assunção Gonçalves
Manuel Limbert
Maria João Bettencourt
Marisa Santos
Nuno Rama
Paula Ministro
Paulo Salgueiro
Pedro Correia da Silva
Rafaela Loureiro
Renato Pereira
Sandra Barbeiro
Sandra Pires
Susana Lopes
Teresa Santos Silva

■ ■ ■ Corpos Sociais

DIRECÇÃO

Presidente

Francisco Portela

Secretária Geral

Paula Ministro

Vice-Presidente

Manuel Limbert

Presidente Eleito

Fernando Castro Poças

Secretária Geral Adjunta

Marisa Santos

Tesoureiro

José Assunção Gonçalves

VOGAIS:

Ana Azevedo
Gabriela Duque
Ana Célia Caetano
Irene Martins
Alexandre Duarte
Jorge Fernandes
António Oliveira
Nuno Rama
Carlos Casimiro
Pedro Amaro
Carlos Leichsenring
Rafaela Loureiro
Carlos Vaz
Renato Pereira
David Horta
Susana Lopes
Teresa Santos Silva

ASSEMBLEIA GERAL

Presidente

João Ramos de Deus

Vice-Presidente

Jorge Sousa

Secretário

Paulo Salgueiro

CONSELHO FISCAL

Presidente

Pedro Correia da Silva

Secretária

Sandra Barbeiro

Vogal

Sandra Pires

Secretariado

e-mail: spcoloprocto@gmail.com

Site: www.spcoloprocto.org

04	Editorial Editorial Dr. Fernando Castro Poças
05	Cartaz do Congresso
06	Programa do Congresso
15	Comunicações 1 Dia 24 de Novembro - 13:30- 14:30 h
16	Comunicações Orais
20	Vídeos
25	Casos Clínicos
30	Comunicações 2 Dia 25 de Novembro de 2022 08:30 - 09:30 h
31	Comunicações Orais
36	Vídeos
40	Casos Clínicos
45	Comunicações 3 Dia 25 de Novembro de 2022- 14:15 - 15:15 h
46	Comunicações Orais
51	Vídeos
54	Casos Clínicos
60	Melhores Posters
65	E-Posters
136	Normas de Publicação

Estimados colegas,

Sejam bem-vindos ao XXXI Congresso Nacional de Coloproctologia.

Foi nossa intenção criar um programa científico não só abrangente, como também pragmático e objetivo, englobando não apenas estados de arte, mas igualmente procurando dar respostas concretas a vários desafios que nos são colocados na nossa atividade clínica diária! Procuramos ainda que fosse ao encontro de colegas em diferentes fases da sua experiência clínica, dos jovens internos de cirurgia e gastroenterologia, aos experientes especialistas!

Que seja simultaneamente um momento de enriquecedora partilha científica e de convívio amigo entre todos os colegas!

Pela comissão organizadora,
O Presidente do Congresso,

F. Castro Poças

Gondomar, 24 de Novembro de 2022



XXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022
Hotel Pestana Douro, Porto



bit.ly/inscriçãocoloproctologia

SECRETARIADO

Diventos | Joana Osório | joana.osorio@diventos.com | 226 076 290

SPCP | Rui Pais | spcoloprocto@gmail.com | www.spcoloprocto.org



XXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



PRESIDENTE DA SPCP

Francisco Portela

PRESIDENTE DE HONRA DO CONGRESSO

Anabela Rocha

PRESIDENTE DO CONGRESSO

F. Castro Poças

SECRETÁRIA DO CONGRESSO

Marisa Santos

COMISSÃO ORGANIZADORA

Alexandre Duarte, Ana Azevedo, Ana Célia Caetano, António Oliveira, F. Castro Poças, Marisa Santos, Susana Lopes

COMISSÃO CIENTÍFICA

Alexandre Duarte, Ana Azevedo, Ana Célia Caetano, António Oliveira, Carlos Casimiro, Carlos Leichsenring, Carlos Vaz, David Horta, F. Castro Poças, Francisco Portela, Gabriela Duque, Irene Martins, Jorge Fernandes, José Assunção Gonçalves, Manuel Limbert, Marisa Santos, Nuno Rama, Paula Ministro, Pedro Amaro, Rafaela Loureiro, Renato Pereira, Susana Lopes, Teresa Santos Silva

COMISSÃO DE HONRA

PRESIDENTE: João Ramos de Deus

Amílcar Mascarenhas Saraiva, António Araújo Teixeira, António Carlos Saraiva, António Cruz Pinho, Antonino Camacho, Henrique Bicha Castelo, João Gíria, João Pimentel, José Manuel Romãozinho, Júlio Leite, Miguel Mascarenhas Saraiva, Pedro Correia da Silva

XXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



JÚRIS SELEÇÃO

COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidentes: Carlos Vaz, Susana Lopes

Membros: Gonzalo Ruibal, Artur Flores, Helena Vasconcelos, Jorge Lage

COMUNICAÇÕES VÍDEOS

Presidentes: Marisa Santos, Rui Tato Marinho

Membros: Miguel Fernandes, Jorge Fernandes, Liliane Meireles, Rolando Pinho

CASOS CLÍNICOS

Presidentes: Lurdes Gandra, Ana Célia Caetano

Membros: Jorge Sousa, Carlos Magalhães, Clotilde Lérias, Tiago Guedes

PÓSTERES

Presidentes: Ana Azevedo, Laura Carvalho

Membros: Manuel Ferreira, João Miguel Cardoso, Daniela Ferreira, Germano Villas-Boas

JÚRIS ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS

COMUNICAÇÕES ORAIS

Presidentes: João Gíria, João Ramos Deus

Membros: António Bernardes, Sandra Martins, Luís Jasmins, Marta Salgado

COMUNICAÇÕES VÍDEOS

Presidentes: Joaquim Costa Pereira, António Curado

Membros: Ana Cristina Silva, Bela Pereira, Diogo Libânio, João Soares

CASOS CLÍNICOS

Presidentes: Lúcio Lara, Maria Antónia Duarte

Membros: Pedro Martins, José Pedro Azevedo, Anabela Pinto, Iolanda Ribeiro

PÓSTERES

Presidentes: Elisabete Barbosa, Helena Vasconcelos

Membros: Bruno Pinto, Florbela Oliveira, Rita Pimentel, Cidalina Caetano

XXXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



| PROGRAMA CIENTÍFICO | 24 de NOVEMBRO 22

08:00

ABERTURA DO SECRETARIADO

08:30 – 12:00

CURSOS PÓS GRADUADOS

Curso 1 - Eternos problemas na prática clínica

Moderadores: António Banhudo e Jorge Sousa

- **Tatuagem do cólon e reto:**
 - Quando em vez de apoio é um problema – **Carlos Ferreira**
 - Como fazer? – **Tarcísio Araújo**
- **Inércia cólica:**
 - Da clínica ao diagnóstico – **Ana Célia Caetano**
 - Terapêuticas não cirúrgicas – **Miguel Mascarenhas Saraiva**
 - Terapêutica cirúrgica – quando? **Pedro Leão**

10:00 - 10:30 Coffee Break

- **Incontinência anal:**
 - Estimulação do tibial posterior e *biofeedback* – podem ajudar? – **Ana Trepa**
 - Estimulação neurossagrada – indicações e resultados – **Ana Povo**
 - Plastia esfinteriana – ainda há lugar para esta técnica? – **Susana Costa**
- **Prolapso retal:**
 - Diferentes doentes, a mesma entidade? – **Sandra Pires**
 - Opções cirúrgicas mais utilizadas – que resultados? – **Rita Marques**
 - Recidiva de prolapso retal – o que fazer? – **José Assunção Gonçalves**

Curso 2 - Genética em Coloproctologia

Moderadores: José Soares e Manuel Limbert

- O que podemos já estudar na prática clínica? – **Salomé Pinho**
- Quem deve fazer estudo genético? – **Rita Costa**
- Implicações em rastreios oncológicos – **Teresa Pinto Pais**
- Implicações na terapêutica – **Ana Daniela Marques**

10:00 - 10:30 Coffee Break

XXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



- **Síndrome de Lynch:**
 - Quando existem critérios clínicos e não genéticos, o que muda na vigilância e terapêutica? – **Isadora Rosa**
 - Colectomia direita VS colectomia total – como optar? – **Teresa Santos Silva**

- **Polipos cólicas sem critérios de síndrome hereditário:**
 - Como definir? – **David Horta**
 - Polipectomias – por quanto tempo? – **Ricardo Pinto**
 - Cirurgia – quando e como? – **Pedro Brandão**

Curso 3 - Urgências em Coloproctologia

Moderadores: *Vítor Fernandes e André Oliva*

- Supurações anorretais – **Beatriz Caldeira**
- Prolapso e trombose hemorroidária – **Ana Fareleira**
- Doença hemorroidária na discrasia hemorrágica – da terapêutica farmacológica à escleroterapia – **Paulo Salgueiro**

10:00 - 10:30 Coffee Break

- Diverticulite aguda do cólon – **Cátia Ferreira**
- Colite aguda grave e megacólon tóxico – **Mónica Sampaio**
- Oclusão cólica neoplásica – **André Gonçalves**

Curso 4 - Doenças anorretais de transmissão sexual

Moderadores: *Jaime Ramos e Corte Real*

- Epidemiologia no presente – **Miguel Araújo Abreu**
- Proctites infecciosas – diagnóstico e tratamento – **Rosa Coelho**
- Lesões anais e perianais não HPV - diagnóstico e tratamento – **João Costa**

10:00 - 10:30 Coffee Break

- **Condilomas anoperineais – como tratar?**
 - Dermatologista – **Joel Reis**
 - Gastrenterologista – **Sara Alberto**
 - Cirurgião – **Silvia Neves**

- **Rastreio e seguimento de portadores HPV anal: quando e a quem?** – **Andreia Albuquerque**

XXXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



Curso 5 - Especificidades endoscópicas e cirúrgicas em Coloproctologia

Moderadores: *Jorge Silva e Alexandre Duarte*

- **Adenomas cólicos – como melhorar a deteção?**
 - Pela colonoscopia de qualidade? – **João Dinis Silva**
 - Pela tecnologia? – **Miguel José Mascarenhas Saraiva**
- **Lesões planas - quais os limites do procedimento endoscópico?**
 - A visão do gastrenterologista – **Pedro Amaro**
 - A visão do cirurgião – **António Manso**
 - A disseção submucosa deve substituir a exérese em *piecemeal*? – **Aníbal Ferreira**

10:00 - 10:30 Coffee Break

- **Como escolher a melhor preparação em procedimentos colorretais:**
 - As características do doente interessam? – **Ana Rita Alves**
 - As de baixo volume são mesmo as melhores? – **Bruno Rosa**
 - Preciso de preparação do colon antes da cirurgia? - **Ezequiel Silva**
 - Contributo na hemorragia digestiva baixa – **Ana Sadio**

12:00 – 13:30

ALMOÇO

13:30 – 14:30

COMUNICAÇÕES 1

Orais

Presidente

José David

Moderadores

Carlos Leichsenring

Sandra Barbeiro

Vídeo

Presidente

Ricardo Veloso

Moderadores

Ricardo Girão

Gabriela Duque

Casos Clínicos

Presidente

João Miguel Cardoso

Moderadores

Marisa Santos

Fernanda Maçoas

XXXXI

**CONGRESSO NACIONAL
DE COLOPROCTOLOGIA**

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



14:30 – 15:00

SESSÃO DE ABERTURA

15:00 – 16:30

MESA REDONDA 1

○ **Cancro do cólon e reto**

Presidente: **João Pimentel**

Moderadores: **Mário Dinis Ribeiro e Alexandre Duarte**

- Carcinogénese colorretal e microbioma – **Natália Martins**
- Biópsia líquida e novos biomarcadores – **Rosário Pinto Leite**
- Linfadenectomia pélvica - quando e como – **Nuno Abecassis**
- *Watch and Wait*: controvérsias – **Nuno Figueiredo**

16:30 – 17:00

COFFEE BREAK

17:00 – 18:30

MESA REDONDA 2

○ **Terapêutica cirúrgica ou endoscópica**

Presidente: **Pedro Correia Silva**

Moderadores: **Nuno Nunes e Fernando Barbosa**

- Lesões precoces do cólon e reto:
José Pedro Silva
Ricardo Magalhães
- Obstrução neoplásica do cólon:
Ana Azevedo
Luís Lopes

18:30

ASSEMBLEIA GERAL DA SPCP

XXXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



25 de NOVEMBRO 22

08:30 – 09:30

COMUNICAÇÕES 2

Orais

Presidente

Isabel Pedroto

Moderadores

Rui Quintanilha

Renato Pereira

Vídeo

Presidente

João Casteleiro

Moderadores

Rui Bettencourt

Nuno Almeida

Casos Clínicos

Presidente

Raquel Gonçalves

Moderadores

Inês Romero

Joana Magalhães

09:30 – 10:15

SIMPÓSIO

- **Utilização de células estaminais no tratamento das fístulas anorretais na doença de Crohn.**
Presidente: **Paula Ministro**
 - Estado da arte – **Cláudia Lobato**
 - Na prática clínica – **Fernando Valério**

10:15 – 10:45

COFFEE BREAK

10:45 – 12:15

MESA REDONDA 3

- **Doença Inflamatória Intestinal**
Presidente: **Francisco Portela**
Moderadores: **Paula Lago e Marisa Santos**
 - Novidades na terapêutica médica – **Maria João Moreira**
 - Cirurgia precoce na doença de Crohn: quando e como? – **Carlos Casimiro**
 - Vantagens e limitações da nutrição entérica no doente cirúrgico – **Susana Lopes**
 - Colite inflamatória: proctocolectomia VS colectomia total – **Susana Ourô**

XXXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



12:15 – 12:45

CONFERÊNCIA 1

- **Síndrome de Intestino Curto**
 - Novas abordagens terapêuticas
Conferencista: **Beatriz Costa**
Presidente: **Anabela Rocha**

12:45 – 14:15

ALMOÇO

14:15 – 15:15

COMUNICAÇÕES 3

Orais

Presidente

Júlio Leite

Moderadores

Liliana Coutinho

Marília Cravo

Vídeo

Presidente

Pedro Figueiredo

Moderadores

Luís Lencastre

Rafaela Loureiro

Casos Clínicos

Presidente

João Malaquias

Moderadores

Rosa Sousa

Ana Caldeira

MELHORES POSTERES

Presidente:

Laura Carvalho

Moderadores:

Manuel Ferreira

Daniela Ferreira

XXXXI

CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 de Novembro de 2022 | Hotel Pestana Douro, Porto



15:15 – 15:45

CONFERÊNCIA 2

- **Recertificação de competências médicas**
 - Mito ou Realidade?
Conferencista: **António Araújo**
Presidente: **F. Castro Poças**

15:45 – 16:15

COFFEE BREAK

16:15 – 17:45

MESA REDONDA 4

- **Como prevenir e resolver eventos adversos da prática endoscópica e cirúrgica:**
Presidente: **José Cotter**
Moderadores: **Carla Rolanda e António Oliveira**
 - Hemorragia
Pedro Barreiro
Miguel Silva
 - Perfuração/deiscência
Eduardo Rodrigues Pinto
Nuno Rama

17:45

ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS

Secretariado

Diventos | Joana Osório | joana.osorio@diventos.com
SPCP | Rui Pais | spcoloprocto@gmail.com

COMUNICAÇÕES 1

COMUNICAÇÕES 1

24 DE NOVEMBRO • 13:30 - 14:30 h
24TH NOVEMBER • 01:30 - 02:30 pm

COMUNICAÇÕES ORAIS | ORAL PRESENTATIONS

(18344) - 3% POLIDOCANOL FOAM SCLEROTHERAPY VERSUS HEMORRHOIDAL ARTERY LIGATION WITH RECTO ANAL REPAIR IN HEMORRHOIDAL DISEASE GRADES II-III: A RANDOMIZED, PILOT TRIAL

Falcão D¹, Neves S², Povo A¹, Castro-Poças F¹, Oliveira J³,
Salgueiro P¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;
2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
3 - Instituto Politécnico de Viseu

Introduction and aims: We aimed to compare polidocanol foam sclerotherapy (SP) versus doppler-guided hemorrhoidal artery ligation with recto-anal repair (HAL-RAR) in the treatment of hemorrhoidal disease (HD).

Methods: Prospective, randomized study including patients with HD grades II and III. Participants were randomly assigned (1:1) into SP or HAL-RAR, during a recruitment period of six months. Therapeutic success (Sodergren's and bleeding scores) was the primary outcome. Other outcomes evaluated complications and implication in professional life.

Results: Forty-six patients were allocated either to SP (n=22) or HAL-RAR (n=24). Most patients achieved therapeutic success (SP 100% vs. HAL-RAR 90.9%, p=0.131). Complete success was higher in SP group (91.7% vs. 68.2%, p=0.045). SP patients had less complications (25% vs. 68.2%, p=0.003). HAL-RAR had a greater negative impact in patients' work activity.

Conclusion: SP was more effective and safer than HAL-RAR. SP patients had less impact on their work activity.

(18467) - LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA RETOCELE ANTERIOR FEMININA

Froehner Junior^{1,2}

1 - Pelvia Gastrointestinal Motility and Continence;
2 - Nossa Senhora das Graças Hospital

Introdução: A retocele anterior feminina é condição frequente na síndrome da evacuação obstruída.

As diversas modalidades de tratamento estão associadas a resultados e a taxas de recorrência variáveis e comumente insatisfatórios. Adicionalmente, é crescente o número de pacientes que procuram procedimentos minimamente invasivos para seu tratamento. A ligadura elástica é técnica consagrada e realizada para o tratamento da doença hemorroidária e do prolapso retal mucoso. É tradicionalmente realizada por via transanal. O acesso endoscópico frontal oferece condições técnicas atraentes enquanto que a retrovisão permite a visibilização panorâmica craniocaudal em 360 graus de toda a ampola retal, das hemorroidas internas e da linha pectínea.

Objetivos: Apresentar e descrever a ligadura elástica por retrovisão endoscópica para o tratamento minimamente invasivo da retocele anterior feminina.

Material e métodos: Pacientes femininas consecutivas atendidas pelo mesmo coloproctologista (Pelvia Motilidade Digestiva e Continência, Curitiba, Brasil) de Dezembro de 2020 até Setembro de 2022 com diagnóstico de retocele anterior feminina sintomática. Todos os casos de contração paradoxal do músculo puborretal (anismo) foram previamente tratados pela técnica de biofeedback. As pacientes ainda sintomáticas foram encaminhadas para a realização da ligadura elástica endoscópica por retrovisão da parede retal anterior. Todos os casos realizaram previamente a videodefecografia por ressonância magnética. O procedimento ocorreu no serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Nossa Senhora das Graças (Curitiba, Brasil) seguindo as mesmas orientações prévias às endoscopia digestiva alta, colonoscopia ou retossigmoidoscopia flexível. Conforme a necessidade de cada paciente, ocorreu em associação com a endoscopia digestiva alta e/ou a

colonoscopia. Para as pacientes sem indicação de novo exame, as orientações foram as da retossigmoidoscopia flexível. A técnica: a utilização do gastroscópio em retrovisão permite a avaliação da ampola retal, das hemorroidas internas, da topografia da linha pectínea e do ápice da retocele (a partir do toque da parede posterior vaginal). Após a instalação do sistema de ligadura elástica endoscópica, a retrovisão permite a visualização adequada do ápice da retocele que recebe a primeira ligadura, a mais cranial, sendo seguida de mais duas ligaduras na mucosa retal anterior, proximais à linha pectínea, formando um triângulo (com vértices imediatamente distais à projeção do dedo indicador). Após a recuperação anestésica, as pacientes foram orientadas com relação ao procedimento e aos cuidados inerentes. Receberam como prescrição via oral apenas ciprofloxacina 500 mg e metronidazol 500 mg, tomados duas vezes ao dia por sete dias. Analgésicos e anti-inflamatórios não foram indicados de rotina. O retorno ambulatorial ocorreu na primeira semana e terceira semanas após a ligadura elástica.

Resultados: O seguimento varia de 2 anos e 9 meses até 2 meses (média: 2 anos e 6 meses). A média de idade foi de 50 anos. A duração do procedimento variou de 2 a 7 minutos, com média de 3 minutos e 40 segundos. A melhora referida dos sintomas relacionados à retocele anterior variaram de 60% a 100%, com média de 82,5%. Apenas uma paciente apresentou a eliminação das três ligaduras após episódios de diarreia, três dias após o procedimento, sem outras complicações, havendo o retorno dos sintomas da retocele. Apresentaram dor leve 22% das pacientes (até 3 pontos na escala visual analógica para dor, que varia de 0 a 10, máxima), de duração inferior a 3 dias em 98% dos casos e controlada facilmente com analgesia simples (paracetamol ou dipirona via oral). Aproximadamente 22% das pacientes apresentaram eliminação de discreta quantidade de sangue vivo no papel higiênico, durante a higiene pessoal, após urinar e/ou evacuar, com duração média de 3 dias após o procedimento. Nas pacientes com melhora de 60 a 80% foi ofertada a realização de novo procedimento. Todas aceitaram, com melhora adicional significativa. Todas as pacientes mencionaram estar satisfeitas com o procedimento (mesmo a que eliminou os três elásticos precocemente) e o repetiriam se preciso.

Discussão / conclusões: Esta técnica apresenta as vantagens de ser rapidamente realizada, em regime ambulatorial sob sedação, permitindo retorno precoce às atividades diárias. Pode-se associar à realização da endoscopia digestiva alta, da colonoscopia e da retossigmoidoscopia flexível. Por ser reprodutível, permite procedimentos adicionais, quando necessário. É praticamente indolor por ser realizada cranialmente à linha pectínea, evitando a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios. Por ser minimamente invasiva, atuando na mucosa retal anterior, evita incisões, dissecções, grampeamentos e suturas, limitando complicações, como a dispareunia. A ligadura elástica por retrovisão endoscópica é técnica segura, eficaz e reprodutível. Caracteriza-se como alternativa minimamente invasiva para o tratamento da retocele anterior feminina.

(18563) - PRETREATMENT BLOOD BIOMARKERS ON PREDICTING PATHOLOGICAL RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

Morais M^{1,2}, Fonseca T³ Machado-Neves R¹, Honavar M¹, Coelho A R³, Lopes J³; Barbosa E³, Guerreiro E¹; Carneiro S^{2,3}

1 - Hospital Pedro Hispano;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

3 - Centro Hospitalar de São João

Background: Approximately 10–30% of locally advanced rectal cancer patients achieve a pathological complete response after chemoradiotherapy. These patients could potentially be selected for “watch and wait” approach. In recent years, blood biomarkers have become attractive as predictors of response, mostly for their availability.

Aims: To investigate the value of previously described pretreatment hematological and biochemical biomarkers as predictors of pathological response.

Methods: The authors performed a retrospective analysis of 191 patients with locally advanced rectal cancer who underwent long-course neoadjuvant chemoradiotherapy at two Portuguese centers. A logistic regression analysis was performed to search for predictive markers of pathological complete and good response.

Results: High platelet–neutrophil index ($p = 0.042$) and

clinical tumor stage >2 ($p = 0.015$) were predictive of poor response. None of the analyzed biomarkers predicted pathological complete response in this study.

Conclusion: A high platelet–neutrophil index before neoadjuvant chemoradiotherapy could help predict poorer pathological response in patients with locally advanced rectal cancer. However, no other blood biomarker predicted incomplete or poor response in this study.

(18668) - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DE PRECURSORES DE CARCINOMA DO CANAL ANAL USANDO UMA REDE NEURAL CONVOLUCIONAL

Mascarenhas M¹, Spindler L², Ribeiro T¹, Afonso J¹, Cardoso P¹, Fathallah N², Marques M³, Ferreira J³, Macedo G¹, De Parades V²

1 - Hospital São João;

2 - Hospital Paris Saint Joseph;

3 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introdução: A anoscopia de alta resolução (AAR) é o *gold standard* para a deteção de lesões precursoras de carcinoma de células escamosas do canal anal (CCECA.). Embora esta técnica seja superior a outros métodos diagnósticos, principalmente a citologia do canal anal, a identificação visual de áreas suspeitas de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) permanece um desafio. Os modelos de *deep learning*, nomeadamente as redes neurais convolucionais (RNC), são excelentes na análise de imagens e têm demonstrado grande potencial para avaliar lesões pleomórficas em imagens endoscópicas.

Objetivos: Este estudo visou o desenvolvimento de um sistema baseado numa RNC para a deteção e diferenciação automática de HSIL *versus* lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) em imagens de AAR.

Métodos: Foi desenvolvida uma RNC com base em 78 exames de AAR de um total 71 pacientes de um hospital de alto volume (GH Paris Saint-Joseph, Paris, França). Foram recolhidas 5026 imagens, 1517 contendo HSIL e 3509 contendo LSIL. Foram definidos *datasets* de treino e validação, correspondendo a 90% e 10% do total de imagens, respetivamente. O *dataset* de validação foi usado para avaliar a performance da RNC relativamente à sensibilidade, especificidade, precisão, valores preditivos positivo e negativo e área sob a curva (AUC) foram calculados.

Resultados: O algoritmo foi otimizado para a deteção automática de HSIL e sua diferenciação de LSIL. O nosso modelo teve uma exatidão geral de 96.3%. A RNC apresentou uma sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo de 94.7%, 97.3%, 92.9% e 96.2%, respetivamente. A AUC foi de 0.99.

Discussão: O nosso grupo foi o primeiro a nível mundial a desenvolver um modelo de IA para HRA. O modelo de RNC detetou e diferenciou com precisão lesões precursoras de CCECA. O desenvolvimento adicional destas tecnologias poderá revolucionar o estado da arte da AAR. A futura implementação destas ferramentas na prática clínica poderá ter um impacto significativo na gestão dos doentes que requerem rastreio de lesões precursoras de CCECA.

(18625) - ABLAÇÃO HEMORROIDÁRIA POR LASER - APLICAÇÃO NO NOSSO CENTRO

Bolota J¹, Lima R¹, Velez C¹, Oliveira J¹, Machado A¹, Caldeira B¹, Sanchez R¹, Senhorinho R¹, Silva A¹, Carvalho M¹

1 - Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: Dispomos hoje em dia de um arsenal variado para abordar a patologia hemorroidária. O tratamento ideal deve ser minimamente invasivo, desencadear o mínimo de dor pós-operatória e permitir um regresso célere às actividades do dia-a-dia, para que o doente tenha boa qualidade de vida. O procedimento a laser é uma das novas técnicas cirúrgicas para tratamento das hemorroidas, no qual a sonda é inserida acima da linha pectínea até à base do pedículo hemorroidário, são aplicados vários pulsos de laser enquanto a sonda é removida gradualmente. O objectivo é comprometer a vascularização, para que haja redução do pedículo.

Objetivo: Os autores têm como objectivo principal apresentar a experiência do seu Centro no tratamento da patologia hemorroidária com a ablação por laser. Nomeadamente mostrar os resultados do pós-operatório: dor, complicações, resolução de sintomas e recidiva.

Material e métodos: Estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos e avaliação da dor no pós operatório pela escala visual numérica, de todos os doentes submetidos a ablação por laser dos pedículos hemorroidários, no período de 72 meses entre 2018 e

2022 no Serviço de Cirurgia do nosso Hospital.

Resultados: No período entre 2018 e 2022, foram intervençcionados 21 doentes com hemorroidas grau II/III. Destes doentes 52% do sexo masculino e 48% do sexo feminino, tinham uma idade mediana de 51 anos. A maioria dos doentes refrenciados à consulta tinham patologia hemorroidária refractária ao tratamento médico.

Em 81% foi feita ablação de 3 pedículos, 14% de 2 pedículos e em 5% de 1 pedículo. Em 95% dos casos a cirurgia foi realizada em regime de ambulatório, dos quais 85% doentes com pernoita; os restantes 5% com internamento de 2 dias.

Relativamente às complicações no pós-operatório, apenas 3 doentes tiveram episódios de rectorragias autolimitados, pelo que de acordo com a classificação Clavien-Dindo se pode afirmar que não houve nenhum desvio do curso pós-operatório normal.

De acordo com a Escala Visual a«Numérica, no 1º dia pós-operatório 52% não tinham queixas algicas. Na primeira semana pós-operatório, apenas 24% tinham alguma dor; na terceira semana reduziu para 5%. A partir do final do primeiro mês pós-operatório nenhum doente tinha dor. No follow-up de 6 meses, três doentes apresentam um pedículo remanescente. Um deles assintomático, outro inscrito para reintervenção com laser e outro reintervencionado pela técnica Milligan Morgan.

Discussão/Conclusão: A doença hemorroidária é frequente a nível mundial. Resulta do aumento de fluxo da artéria rectal superior que causa dilatação do plexo hemorroidário, juntamente com degradação do tecido de suporte das hemorroidas que as faz deslizar para baixo da linha pectínea. O tratamento das hemorroidas inicia-se com modificações do estilo de vida, com tratamento médico e posteriormente tratamento cirúrgico. A ablação por laser é uma intervenção que está a emergir para o tratamento de hemorroidas grau II/III. Podemos concluir que é uma técnica que traz menos dor pós-operatória aos doentes, retomando mais rapidamente as suas actividades de vida diária, sem complicações major.

(18682) - LAPAROSCOPIC RIGHT COLECTOMY WITH INTRA-CORPOREAL ANASTOMOSIS FOR THE TREATMENT OF RIGHT COLON CANCER: EXPERIENCE FROM A SINGLE CENTER AND REVIEW OF THE LITERATURE

Brandão P N¹, Silva E¹, Sampaio M¹, Cristina Silva A¹; Santos M¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introduction: There are many advantages of minimally invasive techniques for the treatment of colorectal diseases. Laparoscopic colectomy has been widely accepted and increasingly performed for its treatment. Right colectomy can be performed with intra or extra-corporeal anastomosis. In recent years, there has been a debate on which technique is better, with the latest literature showing significant advantages towards intra-corporeal anastomosis.

Methods: In a retrospective study, we reviewed the data of patients submitted to laparoscopic right colectomy for the treatment of colon cancer in our institution between 2019 and 2021. We performed a descriptive analysis of post-operative results and also a review of the literature of the meta-analyses published.

Results: In a 3-year period, we performed 58 laparoscopic right colectomies with intra-corporeal anastomosis (LR-CIA). 32 male and 26 female patients with a mean age of 67 (34-93) years old. All the procedures were performed by two of the surgeons of the colorectal unit with a median operative time of 135 minutes (70-200), with a clear time-reducing trend during the learning curve. Discharge time with a median of 6 days (3-27). In our series, we had 1 case of anastomosis dehiscence (1,7%). Our total morbidity rate was 12,06%. We had no cases of re-intervention and no mortality to report. Our results are similar to que biggest series worldwide and in line with recent meta-analysis showing significant benefits of the intra-corporeal anastomosis approach in regards to post-operative complications and patient satisfaction.

Conclusion: In the recent literature LRCIA is associated with reduced post-operative infections and overall complications. The same results were achieved in our series, showing a low rate of global complications, with no severe morbidity and no mortality.

COMUNICAÇÕES 1 VÍDEOS

(18533) - SIGMOIDECTOMIA LAPAROSCÓPICA URGENTE: OCLUSÃO INTESTINAL POR NEOPLASIA DO CÓLON SIGMOIDE COM INVAGINAÇÃO COLO-CÓLICA

Vieira B¹, Marques R¹, Ribeiro A¹, Sousa P¹, Moreira H¹,
Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

A oclusão intestinal é uma entidade clínica cujo tratamento é do domínio do cirurgião geral. A precocidade no diagnóstico, a correspondente reanimação pré-operatória (hidroelectrolítica, metabólica) e o tratamento cirúrgico célere, são atitudes de reconhecido benefício nos doentes em oclusão intestinal.

A invaginação intestinal em adultos é rara. Ao contrário do que ocorre na faixa pediátrica, é, na maioria das vezes, secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade. A invaginação intestinal em adultos, sendo responsável por cerca de 1 a 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos, o que faz com que a maioria dos cirurgiões tenha pouca experiência no seu manejo. Aproximadamente 70% a 90% dos casos são secundários à lesão orgânica, diagnosticada, quase sempre, no peri-operatório. Dessas, mais de 50% são malignas.

O quadro clínico é semelhante ao verificado nos casos de obstrução intestinal de causa não maligna.

Salvo algumas exceções, nos casos de invaginação colo-cólica deve-se ressecar o segmento em bloco com finalidade oncológica pelo grande risco de malignidade. Este vídeo ilustra a realização de uma sigmoidectomia laparoscópica urgente numa doente que deu entrada no serviço de urgência com uma oclusão intestinal por

neoplasia do cólon sigmoide com invaginação colo-cólica. Mostra também as imagens das colonoscopia e tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pélvica realizadas em contexto de urgência. Mostra ainda as imagens da peça operatória.

Sequência do vídeo: Trata-se de uma doente do sexo feminino, 44 anos, autónoma nas atividades de vida diária. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, hemorragia subaracnoideia aneurismática (colocação de derivação ventricular externa emergente em 17/12/21, disfagia severa, colocada gastrostomia endoscópica percutânea a 17/01/22). Antecedentes familiares: pai falecido com neoplasia do pulmão aos 76 anos. Hábitos: Tabaco, 26 unidades maço ano. Medicação habitual: Perindopril+Amlodipina 5mg+5mg id.

Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal em cólica nos quadrantes esquerdos, sem irradiação, associada a paragem de emissão de gases e fezes, com 3 dias de evolução. Acrescente queixas de emissão de muco anal. Sem náuseas ou vômitos. Sem febre. Sem queixas prévias. Sem estudo endoscópico prévio.

Objetivamente no serviço de urgência: Consciente, colaborante e orientada no tempo e espaço. Corada, hidratada, acianótica. Normalidade hemodinâmica, eupneica, apirética. Abdómen com ruídos hidroaéreos escassos, mole, depressível, com dor na palpação nos quadrantes esquerdos e com tumefação palpável nesta localização, sem defesa ou outros sinais de irritação peritoneal. Sem lesões perianais à inspeção. Toque retal com tumefação palpável aos 7cm da linha anocutânea, dedo de luva com muco e sem sangue. Emagrecida, peso: 54kg.

Analiticamente com hemoglobina 11.5g/dL, sem outras alterações de relevo. Marcadores tumorais normais.

Colonoscopia: "Progressão até aos 35 cm da margem anal, onde se observa neoformação vegetante, ulcerada, com destruturação total do padrão glandular e vascular, que ocupa a totalidade do lúmen e não transponível - efetuadas biopsias. Não se observaram outras lesões da mucosa colorretal passível de visualização".

Tomografia axial computadorizada toraco-abdomino-pél-

vica: “Ausência de adenomegalias mediastínicas, hilares ou axilares. A nível do parênquima pulmonar não se identificam nodularidades ou demais opacidades suspeitas. Sem derrame pleural ou pericárdico. Fígado sem lesões focais suspeitas. Veia porta de calibre e permeabilidade preservados. Sem derrame peritoneal ou adenomegalias. Não se evidenciam coleções ou massas em topografia pélvica. Evidencia-se lesão sigmóideia (com cerca de 45 mm de maior eixo) com extensa invaginação colo-cólica associada (extensão superior a 14 cm)”.

Evolução desfavorável do quadro oclusivo com necessidade de sigmoidectomia laparoscópica urgente.

Achados operatórios: Líquido livre intra peritoneal no fundo de saco de Douglas; sem metástases hepáticas; invaginação colo-cólica do cólon sigmóide extensa com retração do mesocólon; estadiamento intra operatório: T2N0M0.

O internamento decorreu sem intercorrências com alta da doente ao D8 de pós operatório com trânsito gastrointestinal restabelecido. Melhoria do reflexo da deglutição durante o internamento, conseguindo alimentar-se com alimentos pastosos, com espessante e gelatinas.

Anatomia patológica: ADENOCARCINOMA INVASOR DO CÓLON SIGMÓIDE pT2N1b (2/20) G1, L-, V-, PN-; Sem perfuração tumoral, sem depósitos tumorais, margem radial de 12mm; Baixa probabilidade de MSI-H.

Doente apresentado em consulta de grupo oncológico e decidida realização de quimioterapia adjuvante. Mantem seguimento em consulta de cirurgia geral (3 meses de follow up sem evidência de recidiva).

A invaginação em adultos é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia inespecífica. É quase sempre associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico. Ressecções oncológicas em monobloco devem ser realizadas nos casos de acometimento do cólon como mostra o vídeo apresentado.

(18641) - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA COM APLICAÇÃO DE PRÓTESE PROFILÁTICA PERICOLÓSTÓMICA

Velez C¹, Cotovio M¹, Machado A¹, Oliva A¹, Senhorinho R¹, Silva A¹, Félix R¹, Carvalho M¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: A hérnia paracolostômica é uma entidade comum, com uma incidência descrita entre 52 e 78%. O tratamento cirúrgico desta patologia, necessário em cerca de um terço dos casos, é desafiante, existindo várias técnicas descritas e tendo todas elas uma taxa de recidiva considerável.

A colocação profilática de próteses aquando da confecção de colostomias que se prevêm definitivas é uma técnica que tem vindo a ser progressivamente mais utilizada e que procura reduzir o risco de hérnia paracolostômica, existindo alguns estudos que avaliam este parâmetro.

Objetivo: Revisão da técnica de amputação abdominoperineal por via laparoscópica, apresentação de técnica de aplicação de prótese profilática paracolostômica e discussão da validade e eficácia destas técnicas, apresentando-se para isto um caso clínico e vídeo do procedimento cirúrgico.

Material e métodos: Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 52 anos, com antecedentes de obesidade, síndrome de apneia obstrutiva do sono, hipertensão, ansiedade e atopia, referenciado à consulta de Cirurgia por neoplasia do recto. Referia história de rectorragias e falsas vontades, tendo feito colonoscopia que revelou lesão logo acima da linha pectínea, cuja biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma G2. Foi feito o estadiamento imagiológico com tomografia computadorizada abdominopélvica que não mostrou doença à distância e ressonância magnética pélvica que estadiou a doença em T3bN+M0. Foi discutido o caso em reunião multidisciplinar, tendo sido proposta terapêutica neoadjuvante com quimio e radioterapia que cumpriu sem intercorrências.

Fez ressonância de restadiamento que revelou resposta imagiológica completa com redução do volume da lesão, com extensa fibrose, sem apreciável tumor viável no estudo por difusão. O doente referiu sempre não desejar ser operado.

Foi então feita rectosigmoidoscopia em que se observou ulceração muito superficial, sugestiva de resposta completa, que foi biopsada, não revelando neoplasia.

Por se tratar de provável *cytotoxic* foi discutido o caso em reunião multidisciplinar, tendo sido pedida PET que mostrou focalização hipermetabólica de difícil valorização, pelo que foi proposta biópsia cirúrgica transanal cuja histologia revelou adenocarcinoma.

Foram então discutidos com o doente os riscos e benefícios e foi proposta cirurgia - amputação abdominoperineal por via laparoscópica com colocação de prótese pericostômica, que o doente aceitou.

Resultados: Realizou-se uma ressecção abdominoperineal com colocação de prótese profilática pericostômica com orifício calibrado de 31mm com EEA, por via laparoscópica, que decorreu sem complicações.

O pós-operatório precoce foi complicado de insuficiência respiratória mista no primeiro dia pós-operatório, por infeção respiratória, tendo cumprido cinco dias de antibioterapia com piperacilina e tazobactam.

Verificou-se ainda necrose superficial da mucosa da colostomia, com necessidade de revisão cirúrgica, sob anestesia local, após um mês.

O doente tolerou dieta líquida ao segundo dia pós-operatório e iniciou trânsito pela colostomia ao terceiro dia pós-operatório. O dreno abdominal por removido ao quinto dia pós operatório.

Durante o seguimento em ambulatório verificou-se uma diminuição do calibre da colostomia em relação ao confeccionado com EEA de 31mm, tendo sido dada indicação para dilatação digital diária, que o doente cumpriu de forma pouco consistente.

Após 18 meses de seguimento não existe evidência de recidiva da doença nos exames complementares de diagnóstico e o doente reporta boa qualidade de vida, sem hérnia incisional, sem episódios de obstrução intestinal ou outras queixas relacionadas com o estoma.

Discussão/Conclusão: A confecção de colostomia terminal no contexto de ressecção abdominoperineal em doentes jovens representa um risco significativo de aparecimento de hérnia paracostômica ao longo da vida e, conseqüentemente, de eventual necessidade de cirurgia.

A realização de cirurgia minimamente invasiva tem permitido uma menor morbidade e um mais rápido retorno à vida activa dos doentes jovens submetidos a este tipo de cirurgia major. A hérnia paracostômica é um factor de diminuição da qualidade de vida pois pode originar dor, má adaptação do material do ostomia, incómodo estético e mesmo oclusão ou estrangulamento, constituindo um risco de eventual necessidade de nova cirurgia. A correcção cirúrgica das hérnias paracostômicas constitui um desafio, quer pela exigência técnica, sendo cirurgias realizadas em doentes por vezes com várias cirurgias prévias e frequentemente com múltiplas aderências, quer pelo risco de recidiva, dado o facto da taxa de recidiva após cirurgias ser elevada.

A colocação de próteses pericostômicas com intuito de reduzir a incidência de hérnia paracostômica é motivo de debate. Uma metanálise de 2017 com 649 doentes reporta uma diminuição em 65% na incidência de hérnias paracostômicas, no entanto um estudo de 2019 com 211 doentes refere não existir diferença na incidência. Uma vez que, como todas as técnicas, implica também riscos, como um aumento do tempo cirúrgico, o risco de desenvolvimento de atrofia do músculo recto abdominal, importa desenvolver mais estudos no sentido de verificar se as vantagens são significativas.

No caso do nosso doente, após 18 meses de seguimento não se verifica existência de hérnia paracostômica nem aparente atrofia do músculo recto abdominal mas existindo um estoma de calibre inferior ao desejado.

(18656) - DISSEÇÃO DA SUBMUCOSA DO CÓLON – UM MÉTODO SEGURO E EFICAZ – E O TEMPO TAMBÉM CONTA?

Moura D B¹, Nunes N¹, Côrte-Real F¹, Rebelo C C¹; Lima M F¹, Taveira F¹, Santos M C¹, Santos V C¹, Rego A C¹, Pereira J R¹, Paz N¹, Duarte M A¹

1 - Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

Doente do sexo feminino, 76 anos. Em colonoscopia, na sigmoideia, foi identificada atrás de prega um pólipó sésil (Paris 0-Is), com 35 mm, JNET 2A. Foi proposto para disseção da submucosa. Realizada injeção da submucosa com solução de índigo de carmim e adrenalina. Incisão

da mucosa com faca *dual-knife*, seguida de disseção da submucosa com corrente *swift coagulation*. A lesão foi removida em bloco. O procedimento foi realizado em 15 minutos.

A histologia da peça revelou adenoma com displasia de baixo grau, margens de ressecção horizontais e verticais livres.

A disseção da submucosa do cólon é um método seguro e eficaz, com uma duração do procedimento que se pretende inferior a 90 minutos. Quando se verifica uma boa acessibilidade à lesão, com estabilidade do endoscópio sem formação de ansa, pode também ser de rápida execução, equiparável à mucosectomia em *piecemeal*, com a vantagem de obter uma peça única e diminuir o risco de recidiva local.

(18708) - EXÉRESE POR TAMIS, UMA IMPORTANTE OPÇÃO NO CANCRO DO RETO EM ESTADIO INICIAL

Marinho B^{1,2}, Silva E^{1,2}, Brandão P^{1,2}, Sampaio M^{1,2}, Silva A C^{1,2}, Santos M^{1,2}

1 - Unidade de Cirurgia Colorretal do Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), Universidade do Porto

Introdução: A TAMIS (cirurgia minimamente invasiva transanal) foi desenvolvida como alternativa à TEM (microcirurgia endoscópica transanal) com o objetivo de ultrapassar algumas das suas limitações, nomeadamente a necessidade de material especializado e dispendioso. A TAMIS pode ser realizada utilizando instrumentos de laparoscopia convencional, permitindo a remoção de lesões do reto e cólon distal através do ânus, sem necessidade de incisões na parede abdominal. Durante a TAMIS, um “port” (dispositivo) especializado de cirurgia laparoscópica é colocado no ânus, através do qual, a câmara de laparoscopia e os instrumentos necessários para o procedimento acedem ao local onde se encontra a lesão a abordar. Uma vez feita a ressecção da lesão, a parede retal pode ser aproximada por meio de sutura (rafia). Para além das vantagens já mencionadas, a TAMIS permite a exérese de pólipos não passíveis de remoção endoscópica ou casos selecionados de adenocarcinomas T1, sem necessidade de ressecção do reto. Os doentes

submetidos a TAMIS podem ter alta no primeiro dia de pós-operatório, com recuperação muito mais rápida em comparação com a cirurgia convencional de ressecção retal e menor taxa de complicações associadas.

Objetivo: Apresentação de um vídeo de exérese “full-thickness” por TAMIS.

Materiais e métodos: Gravação do procedimento cirúrgico, edição da gravação com apresentação dos passos técnicos mais importantes e breve apresentação do caso clínico.

Resultados: Os autores pretendem apresentar um vídeo de uma cirurgia realizada a um doente do género masculino, de 61 anos, previamente submetido a ressecção em bloco, por disseção endoscópica da submucosa, de uma lesão do reto médio com cerca de 30 mm. O resultado histológico revelou adenocarcinoma, bem diferenciado, com margens laterais livres, mas margem profunda tangente à lesão neoplásica, e ausência de invasão linfática, vascular ou perineural. A invasão da submucosa até ao plano profundo era de 1000 µm, isto é, com invasão até ao limite possível de exérese por disseção endoscópica da submucosa (fusão com a muscular própria).

Dado o risco cirúrgico elevado do doente pelas suas comorbilidades, de salientar cirrose hepática crónica alcoólica Child-Pugh C, foi proposta a ressecção local por TAMIS. Foi utilizado o sistema GelPOINT® transanal e a parede retal encerrada em bloco com V-Lock® 3/0. O procedimento decorreu sem intercorrências com alta ao primeiro dia de pós-operatório. A avaliação histológica da peça operatória não mostrou evidência de neoplasia residual.

Discussão/ Conclusão: A ressecção do reto é uma cirurgia invasiva, que obriga a vários dias de internamento no pós-operatório e com risco não desprezível de efeitos adversos tais como incontinência fecal, disfunção sexual e complicações urinárias. Assim, a TAMIS é uma importante opção para doentes com pólipos sem carácter invasor ou casos selecionados de adenocarcinomas T1, localizados no reto ou transição retossigmoideia, principalmente na presença de comorbilidades major que aumentem o risco cirúrgico. Naturalmente, só deve ser utilizada em estadios muito precoces do cancro retal em que o risco de recidiva locorregional não é elevado.

**(18729) - LAPAROSCOPIC LEFT COLECTOMY
WITH TRANSANAL SPECIMEN EXTRACTION
– NOSE (NATURAL ORIFICE SPECIMEN EXTRACTION)**

Sousa A¹, Sousa P¹, Pereira A¹, Marques I¹, Antunes A¹;
Cavadas A S¹, Gonçalves E¹, Gonçalves N¹, Rodrigues J¹,
Pinho J P¹, Pereira J C¹, Santos P², Azevedo C³,
Pereira C C¹, Martins S¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital de Torres Vedras (Centro Hospitalar do Oeste);

3 - Centro Hospitalar da Cova da Beira

Background and purpose: The aim of this video is to demonstrate the NOSE (natural orifice specimen extraction) technique in laparoscopic left colectomy.

Material and methods: Female patient, 75 years old, with a medical history of hypertension and dyslipidemia and surgical history of hysterectomy. Screening colonoscopy was performed where a sigmoid polyp was observed, which could not be removed endoscopically. Biopsies were performed and the histology revealed an adenoma with high-grade dysplasia, not being able to exclude invasion. The patient underwent laparoscopic left colectomy. Four ports were used in this procedure: 10 mm in the umbilicus for the camera, 12 mm port in the right lower quadrant, 5 mm port in right hypochondrium for the surgeon and a 5 mm port in left hypochondrium.

Results: The surgery was uneventful, the operative time was 122 minutes and there was an estimated blood loss of 90 ml. The patient was discharged on the third post-operative day without complications.

Conclusion(s): Laparoscopic NOSE-left colectomy is safe and feasible with good results. This video demonstrates an example of standardized operative technique.

COMUNICAÇÕES 1 CASOS CLÍNICOS

(18507) - DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA NO TRATAMENTO DE LESÕES PRÉ-MALIGNAS DO CANAL ANAL: UMA OPÇÃO A CONSIDERAR?

Dias E¹, Santos-Antunes J¹, Coelho R¹, Marques M¹, Canão P², Magalhães J², Macedo G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João;
2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A neoplasia anal intra-epitelial é uma lesão pré-maligna com risco de progressão para carcinoma epidermóide do canal anal. As opções atuais de tratamento incluem tratamento tópico com imiquimod, 5-fluorouracilo ou ácido tricloroacético ou procedimentos de ablação local por eletrocauterização ou radiofrequência. Embora estas modalidades demonstrem eficácia, com taxas de resposta completa consideráveis, associam-se também a taxas de recidiva elevadas. Existem ainda poucos casos descritos de disseção endoscópica submucosa de lesões pré-malignas do canal anal.

Objetivo: O objetivo da apresentação deste caso consiste em demonstrar a eficácia da disseção endoscópica submucosa como possível opção terapêutica na neoplasia anal intra-epitelial de alto grau.

Descrição do caso: Mulher, 65 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, realizou colonoscopia de rastreio onde se identificou, durante a manobra de retroflexão no reto, uma lesão plana esbranquiçada a nível do reto distal, com envolvimento do canal anal distalmente à linha pectínea. Foi realizada anuscopia de alta resolução com aplicação de ácido acético que permitiu uma visualização em maior detalhe desta lesão esbranquiçada, bem delimitada, com contorno irregular e cerca de 20 mm de diâmetro, com envolvimento da mucosa do reto distal e

canal anal. Foram realizadas biópsias cujo exame histológico mostrou epitélio pavimentoso com displasia de alto grau consistente com neoplasia anal intra-epitelial de grau II associada a sinais de infeção por vírus do papiloma humano. Após reunião de grupo multidisciplinar, optou-se pela realização de disseção endoscópica submucosa com resseção da lesão em bloco. O procedimento teve duração de 45 minutos, obtendo-se uma amostra com cerca de 40x45 mm com margens aparentemente livres. Não se verificaram eventos adversos e a doente teve alta após vigilância durante 24 horas. O exame histológico da peça confirmou tratar-se de neoplasia intra-epitelial grau II/III com extensão de 23 mm em profundidade e sem envolvimento das margens. Ao fim de 6 meses, foi realizada retossigmoidoscopia flexível de vigilância, que revelou cicatriz de aspeto regular do reto distal/canal anal, tendo sido realizadas biópsias que não mostraram sinais de recidiva histológica.

Relevância: Este caso mostra a eficácia e segurança da disseção endoscópica submucosa de lesões com envolvimento do canal anal. Este procedimento pode assim ser considerado em centros especializados, sendo necessários estudos prospetivos para demonstrar se, tal como demonstrado noutros segmentos do tubo digestivo, esta técnica se associa a taxas de recidiva inferiores aos tratamentos atualmente recomendados, permitindo assim ultrapassar esta limitação.

(18511) - FOURNIER GANGRENE MANAGEMENT – TO DO OR NOT TO DO COLOSTOMY?

Dupont M¹, Marques R¹, Tenreiro N¹, Oliveira A¹, Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD)

Introduction: Fournier gangrene is a rare and life-threatening surgical emergency often due to a polymicrobial infection of the perineal, genital or perianal region. It is characterized by rapid tissue destruction and systemic signs of toxicity. It is more frequent in men and immunocompromised patients, such as patients with poorly controlled diabetes, alcoholism or human

immunodeficiency virus infection. Treatment usually involves surgical intervention, broad-spectrum antibiotic therapy, stool diversion surgery and negative pressure wound therapy (NPWT). Delays in diagnosis confer high mortality.

Objectives: To report a case of Fournier Gangrene management in which NPWT was used instead of colostomy. We aim to encourage the use of NPWT in selected patients.

Case report: A 75-year-old man with Fournier Gangrene (skin necrosis and ultrasound showing multiple gas foci and thickening of the scrotum) originated in a perianal abscess was treated at our hospital. The patient underwent three surgical debridements and several wound dressings in the operating room with placement of NPWT – ranging from 100 to 120 mmHg. Antibiotic therapy with piperacillin/tazobactam was administered for fourteen days. At hospital discharge, thirty one days after the first surgery, the wound was clean with no faecal contamination. Six months later the patient was asymptomatic, with adequate healing and without evidence of sphincter dysfunction.

Relevance: In this case report we present a successful case of Fournier Gangrene management in which the patient was spared from a colostomy. The prompt initial surgical debridement as well as frequent dressing change was, in our opinion, paramount to avoid stool diversion. In fact, efforts should be made in order to reconsider colostomy in these patients and performing it only in serious cases, such as sphincter involvement or extensive perianal and abdominal necrosis and, therefore, necessity of wider debridement. We also highlight the benefits of NPWT and defend its diffusion among reference centres.

(18520) - TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA ASSISTIDA POR VÁCUO DE DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE COLORRETAL

Canha M¹, Saraiva R¹, Loureiro R¹, Gomes D C², Botelho M M², Paixão I², Seves I¹

1 - Centro de Responsabilidade Integrada de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;

2 - Unidade de Patologia Colorretal, Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: As deiscências de anastomoses colorretais representam uma complicação pós-cirúrgica com elevada morbimortalidade. O seu encerramento através de terapêutica endoscópica assistida por vácuo é uma opção emergente.

Objetivo: Reportamos um caso de sucesso de uma deiscência de anastomose colorretal tratada endoscopicamente com sistema de vácuo em colaboração com a Cirurgia Geral.

Resumo do Caso: Doente do sexo masculino, 76 anos, diabético e hipertenso, referenciado por adenocarcinoma do reto distal (5cm da margem anal), cT2cN0cM0, para intervenção cirúrgica radical com intenção curativa. Foi submetido a resseção anterior do reto, com excisão total do mesorreto e anastomose colorretal latero-terminal. O resultado anatomopatológico revelou neoplasia polipóide de limites bem definidos, a 1,2 cm da margem distal, compatível com adenocarcinoma de baixo grau/ G2 pT2pN0(0/19), MSS; Cirurgia R0.

Ao 5º dia de pós-operatório, por quadro de dor abdominal e drenagem de conteúdo fecalóide pelo dreno abdominal, diagnosticada deiscência anastomótica com peritonite associada, a motivar reintervenção por laparotomia para *toilette* peritoneal e construção de ileostomia em ansa.

Após controlo de infeção e estabilização do doente, realizada reavaliação imagiológica, constatando-se coleção peri-anastomótica pré-sagrada com 5cm de diâmetro. Realizou retossigmoidoscopia com apoio de fluoroscopia, onde se observou, na parede posterior da anastomose colorretal, uma loca com 4cm de maior eixo, de fundo necrosado com exsudado e coágulos aderentes, sem outras locas ou trajetos fistulosos após instilação de contraste. Colocou-se esponja na loca sob visão direta endoscópica, coaptada a sonda adaptada a sistema aspirativo de vácuo exterior (*Vivano®Med Foam Kit*).

Realizaram-se revisões endoscópicas semanais (5 semanas), com lavagens com soro fisiológico e substituições da esponja. Verificou-se uma evolução clínica favorável, com o desenvolvimento de tecido de granulação e progressiva redução das dimensões da coleção descrita, apresentando na quinta avaliação endoscópica diminuto orifício de 4mm a comunicar com loca estreita com 1 cm de profundidade, tendo-se removido definitivamente o sistema de vácuo (será apresentada iconografia detalhada do caso).

O doente teve alta sob antibioterapia oral que cumpriu durante duas semanas, mantendo-se até à data clinicamente assintomático, com ileostomia funcionante e reavaliação

imagiológica e endoscópica 4 semanas após retirada do vácuo a demonstrar resolução completa da coleção.

Relevância: A terapêutica endoscópica assistida por vácuo da deiscência anastomótica foi uma solução segura, minimamente invasiva e eficaz no caso descrito, traduzindo o seu potencial na resolução de deiscências de anastomoses colorretais e a importância de uma abordagem multidisciplinar destes doentes.

(18523) - CONDYLOMATA LATA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGIA PERIANAL

Velez C¹, Machado A¹, Velez J², Lima R¹, Oliveira J¹, Silva A¹, Carvalho M¹

1 - Hospital do Espírito Santo Geral - Serviço de Cirurgia Geral;
2 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Serviço de Infeciologia

Introdução: A patologia perianal engloba uma variedade de lesões de etiologia muito diversificada e nem sempre lembradas aquando da discussão do diagnóstico diferencial. Tendo geralmente um impacto negativo pronunciado na qualidade de vida dos doentes, o prognóstico e as hipóteses terapêuticas abarcam um espectro alargado. Apresenta-se um caso de *condylomata lata* em que, após uma marcha diagnóstica não linear, a terapêutica devolveu de forma relativamente célere a qualidade de vida do doente.

Objetivo: Discussão do diagnóstico diferencial da patologia perianal, lembrando etiologias de cariz não cirúrgico e, como tal, menos frequentemente abordadas pela Cirurgia Geral. Salientar do impacto na abordagem do doente.

Resumo do Caso: Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 70 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor perianal com várias semanas de evolução com agravamento à defecação. À observação assumiu-se fístula perianal. Retornou após um mês pelas mesmas queixas, observando-se então lesão descrita como papilomatosa que foi submetida a biópsia incisional, sendo encaminhado para consulta externa. Negou práticas sexuais de risco.

A biópsia revelou infiltrado inflamatório e foi negativa para papilomavírus humano (VPH).

Na consulta foram pedidas serologias para vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite B e C (VHB e VHC) e tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica.

As serologias foram negativas e a TC não revelou crescimento lesional extraperitonal ou intraabdominal.

Recorreu de novo ao Serviço de Urgência após um mês por manter queixas e verificou-se crescimento lesional com afectação do pénis e aparecimento de adenopatias inguinais bilaterais.

Foi observado por Dermatologia, tendo sido posta hipótese de doença sexualmente transmissível e efectuada nova biópsia.

Foi então discutido o caso com a Infeciologia, tendo sido considerada a hipótese de *condylomata lata* e tendo sido pedido estudo serológico com Rapid Plasma Reagin (RPR) e *Treponema pallidum hemagglutination* assay (TPHA). Pela elevada suspeita clínica foi iniciada de imediato terapêutica empírica com Penicilina benzatínica, tendo sido prescritas três doses, semanais, intramusculares de 2.4 milhões de unidades.

Os testes serológicos confirmaram infecção por *Treponema pallidum*, com RPR de 128 U Kahn e TPHA 1/10240. O doente respondeu de forma muito satisfatória à terapêutica com Penicilina, apresentando-se novamente na consulta após três semanas, tendo já cumprido as três doses de penicilina, com uma redução franca das lesões pré-existentes e referindo franca melhoria da qualidade de vida.

Foi conhecido o resultado da segunda biópsia, que também não foi conclusiva mas colocou liminarmente a hipótese de se tratar de carcinoma espinocelular. Hipótese descartada por se ter verificado regressão das lesões.

Relevância: A patologia perianal é vasta e engloba sinais e sintomas muito variados, de diversas etiologias, e com prognósticos muito díspares. Na consulta externa de Cirurgia Geral a maioria das referências devem-se a patologia hemorroidária, doença perianal fistulizante e neoplasias ano-rectais ou da pele perianal. Como diagnósticos diferenciais devem ser considerados também *condylomata lata* no contexto de sífilis secundária (*Treponema pallidum*), *condylomata acuminata* (VPH), tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*), linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*) ou cancroide (*Haemophilus ducreyi*).

Estando o cirurgião familiarizado com os diagnósticos inicialmente referidos, nem sempre orienta a marcha

diagnóstica de forma célere para outras etiologias. Neste caso o diagnóstico diferencial inicial para patologias não cirúrgicas limitou-se a pesquisa de VIH e VPH, tendo a articulação com a Infecologia sido de extrema importância para um diagnóstico clínico e uma investigação laboratorial correctos, bem como para início célere da terapêutica. Os *condylomata lata* são uma manifestação de sífilis secundária. A incidência de sífilis tem aumentado nos últimos anos, sendo mais frequente em homens que têm relações homossexuais.

Uma falha na investigação diagnóstica pode originar uma demora da mesma bem como a realização de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente exames de imagem, exames endoscópicos e biópsias, e terapêuticas inapropriadas e desnecessárias.

O correcto diagnóstico permite uma investigação diagnóstica dirigida e uma terapêutica eficaz, bem como uma posterior orientação adequada do doente, nomeadamente com rastreio de outras doenças sexualmente transmissíveis e educação para a saúde focada neste tópico.

(18715) - MANIFESTAÇÃO GASTROINTESTINAL COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DA SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA IDIOPÁTICA

Guimarães A¹, Rodrigues A¹, Carvalho T¹, Gonçalves M¹, Pereira J¹, Soares J¹, Gonçalves R¹

1 - Hospital de Braga

Introdução/objetivo: A síndrome hipereosinofílica idiopática é uma entidade rara, definida por valores persistentes de eosinófilos superiores a 1500 células/mm³, após exclusão de causas secundárias e etiologia clonal. Condiciona lesão de órgão mediada por eosinófilos, nomeadamente a nível cardíaco, respiratório, neurológico, cutâneo e gastrointestinal. Com o presente trabalho, os autores pretendem descrever um caso de síndrome hipereosinofílica idiopática em que as manifestações gastrointestinais constituíram a principal forma de apresentação, permitindo chegar até ao seu diagnóstico.

Resumo do caso: Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino, 80 anos, com antecedentes de bronquiectasias, polipose nasal e sinusite crónica, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de diarreia (>10 dejeções por dia), dor abdominal, enfartamento

pós-pranidal e perda ponderal estimada em 6 Kg com um mês de evolução. Nesse contexto, tinha já previamente recorrido ao serviço de urgência, sendo medicada com antiparasitários, sem melhoria clínica. O estudo analítico demonstrava eosinofilia periférica (10.400/mm³ eosinófilos, 51.4% do total de leucócitos), sem outras alterações de relevo. Foi internada para estudo, do qual resultaram serologias víricas e estudo autoimune negativos. A análise microbiológica e parasitológica das fezes foi igualmente negativa. Os níveis de imunoglobulina E encontravam-se aumentados. Realizou tomografia axial computadorizada (TC) abdominal sendo de destacar hepatomegalia e espessamento da ampola retal e porção distal do cólon sigmóide. Para melhor esclarecimento realizada endoscopia digestiva alta que não apresentava alterações e rectosigmoidoscopia que revelou mucosa colorretal com ponteado esbranquiçado milimétrico, algumas erosões dispersas e úlcera com 20 mm no reto distal, biopsadas. A avaliação histológica apresentava alterações inflamatórias com predomínio de polimorfonucleares eosinófilos (>50/campo). O ecocardiograma não mostrou alterações de relevo. O estudo medular demonstrou hiperplasia mielóide com predomínio eosinofílico, sem presença de blastos ou outras alterações. Não foram identificadas anomalias citogenéticas na análise cromossómica. Durante o internamento desenvolveu lesões maculares eritematosas e pruriginosas na região sagrada e face interna da coxa esquerda, que melhoraram gradualmente após aplicação de corticoterapia tópica. Assim após investigação exaustiva, e após verificar que a eosinofilia periférica precedia o início das queixas gastrointestinais em meses, assumiu-se o diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática com envolvimento gastrointestinal e provável pulmonar e cutâneo. Iniciou prednisolona 40 mg/dia, em esquema de redução progressiva, apresentando melhoria clínica e analítica com resolução completa da eosinofilia periférica. Realizada cerca de 6 meses depois rectosigmoidoscopia de reavaliação que revelou cicatrização completa da mucosa cólon-rectal.

Relevância: O diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática é um desafio uma vez que se trata de um diagnóstico de exclusão e se manifesta de diversas formas de

acordo com os diferentes sistemas acometidos, podendo envolver preferencialmente o trato gastrointestinal, como no caso que apresentamos. O reconhecimento e instituição precoce do tratamento adequado permite melhorar a sobrevida e qualidade de vida destes doentes.

(18717) - DOENÇA DE CROHN ILEOCÓLICA REFRAFÁTARIA – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DUPLA COM USTECINUMAB E VEDOLIZUMAB

Ferreira F B¹, Rafael M A¹, Branco J C¹, Oliveira A M¹, Santos L¹; Horta D¹, Lourenço L C¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: Recentemente, a terapêutica biológica dupla tem vindo a ser utilizada como alternativa na doença inflamatória intestinal refratária a várias terapêuticas, em doentes selecionados e acompanhados em centros especializados. Tem sido demonstrado que a combinação destas terapêuticas permite alcançar remissão clínica numa grande proporção de doentes, com reduzida frequência de efeitos adversos graves. O sucesso clínico parece ser mais frequente nos doentes em que a terapêutica biológica dupla é iniciada pela presença de MEI.

Objetivo: Com este caso clínico, acompanhado por iconografia detalhada, pretendemos ilustrar o sucesso terapêutico da associação de ustecinumab (USK) e vedolizumab (VDZ) numa doente com doença de Crohn (DC) ileocólica com doença perianal e MEI refratária a múltiplas terapêuticas.

Resumo do caso: Trata-se de uma doente de 43 anos com DC ileocólica com fenótipo inflamatório e doença perianal (A2L3B1p) diagnosticada aos 24 anos. Ao longo do curso da doença, teve múltiplas manifestações extraintestinais (MEI) – espondilartropatia, polimucosite, polisserosite, uveíte e pioderma gangrenoso. Foi medicada com várias linhas terapêuticas (azatioprina, adalimumab e infliximab) por perda de resposta secundária, com necessidade de múltiplos cursos de corticoterapia sistémica. Foi também medicada com metotrexato (em combinação com anti-TNF) por artropatia axial e periférica, sem sucesso. Por perda de resposta secundária a infliximab apesar de níveis terapêuticos, foi efetuado *swap* para USK. Sob este biológico, verificou-se melhoria clínica do ponto de vista intestinal e osteoarticular após

otimização da dose do fármaco (4 em 4 semanas), mas sem remissão completa da doença.

Aos 16 meses de tratamento com USK, foi internada por agudização grave manifestada por febre, diarreia sanguinolenta (cerca de 8 dejeções diárias), proctalgia e agravamento de artralguas na anca, joelho e tornozelo. Adicionalmente, apresentava lesões cutâneas ulceradas e dolorosas nos membros inferiores, região suprapúbica e perianal, compatíveis com pioderma gangrenoso. Analiticamente, apresentava significativo aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose de 22.000 x10⁶/L com neutrofilia, proteína C reativa 24,5 mg/dL e velocidade de sedimentação 140 mm/hora). A retossigmoidoscopia revelou mucosa do reto e cólon sigmóide com aspeto pseudopolipóide, perda do padrão vascular, erosões dispersas e exsudado. A tomografia computadorizada revelou marcado edema do cego, cólon ascendente, sigmóide e reto, sem coleções intrabdominais. Iniciou corticoterapia endovenosa (metilprednisolona 60 mg/dia) e antibioterapia empírica, não tendo havido isolamentos microbiológicos. Verificou-se progressiva cicatrização das lesões de pioderma gangrenoso, mas melhoria apenas parcial do ponto de vista intestinal. Adicionalmente, efetuou ressonância magnética pélvica onde se identificaram dois trajetos fistulosos perianais, um deles com um abscesso de 18mm, pelo que foi drenado e abordadas as fistulas (tutorização de fístula interesfincteriana com seton e remoção de ponte cutânea de fístula submucosa). Estando sob terapêutica antibiótica empírica de largo espectro, iniciou terapêutica de indução de VDZ, assistindo-se a uma franca melhoria clínica, com normalização do padrão defecatório. Tendo em conta a refratariedade da doença intestinal a USK, com boa resposta a VDZ, em doente com MEI previamente controladas sob USK, optou-se por manter terapêutica biológica dupla com ambos os fármacos. No *follow-up*, após desmame de corticoterapia, a doente apresenta resposta clínica, encontrando-se em remissão da doença intestinal e com MEI controladas.

Relevância: Este caso ilustra o sucesso terapêutico da combinação de USK e VDZ na DC refratária a múltiplas terapêuticas, uma abordagem terapêutica ainda não validada por ensaios clínicos aleatorizados, mas em crescente utilização, com resultados favoráveis.

COMUNICAÇÕES 2

COMUNICAÇÕES 2

25 DE NOVEMBRO - 8:30 - 9:30 h
25TH NOVEMBER • 08:30 - 09:30 am

**COMUNICAÇÕES ORAIS |
ORAL PRESENTATIONS****(18506) - DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE LESÕES DO CÓLON E RETO: AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA E PERFIL DE SEGURANÇA**

Dias E¹, Santos-Antunes J¹, Marques M¹; Morais R¹, Carneiro F², Marques G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João;
2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A disseção endoscópica submucosa tem demonstrado eficácia no tratamento de lesões do tubo digestivo, apresentando como principais vantagens a possibilidade de ressecção em bloco com sobrevida semelhante e menor taxa de efeitos adversos, morbidade e duração de internamento em comparação com o tratamento cirúrgico. Apesar disso, ainda existem poucos estudos sobre disseção endoscópica submucosa de lesões do cólon e reto em centros ocidentais.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e o perfil de segurança da disseção endoscópica submucosa de lesões colorretais, numa população portuguesa.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva de todos os procedimentos de disseção endoscópica submucosa de lesões do cólon e reto realizados entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2020.

Resultados: Foram incluídos 153 doentes com lesões colorretais propostos para disseção endoscópica submucosa, com idade média de 64 ± 11 anos, sendo 58% do género masculino. A taxa de sucesso técnico foi de 96% (n = 147). As lesões estavam localizadas no cólon (n = 24) e reto (n = 123), apresentando um diâmetro médio de 44 ± 20 mm (15-170 mm). Foi utilizada a técnica de

disseção híbrida em 8 doentes e de “pocket-creation” em 3. A taxa de ressecção em bloco foi de 92% e 97%, de ressecções R0 de 83% e 82% e de ressecções curativas de 79% e 78% no cólon e reto, respetivamente. A necessidade de realização de técnica híbrida foi o único fator de risco identificado para ressecção em piecemeal ou R1. Verificou-se uma taxa de perfuração de 3.4% e de hemorragia tardia de 4.1%; todos os eventos adversos foram tratados endoscopicamente, sem necessidade de transfusão sanguíneas ou cirurgia. A maioria das lesões eram lateral spreading tumours do tipo granular nodular misto (70%), sendo que 20% das lesões eram malignas (12% com invasão submucosa, 8% carcinomas intramucosos).

Conclusão: A disseção endoscópica submucosa do cólon e reto demonstrou elevada eficácia e um excelente perfil de segurança, podendo assim ser uma opção terapêutica a considerar em centros especializados.

(18651) - PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE STUDY FOR PREDICTION OF SEVERITY AND RECURRENCE IN ACUTE DIVERTICULITIS USING BIOCHEMICAL PROGNOSTIC FACTORS

Sampaio M^{1,2}, Silva E¹, Brandão P^{1,2}, Silva C^{1,2}, Laranjeira F^{2,3}, Oliveira P⁴, Santos M^{1,2,5}

1 - Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Portugal;

2 - UMIB – Unit for Multidisciplinary Research in Biomedicine, ICBAS – School of Medicine and Biomedical Sciences, University of Porto, Portugal;

3 - Biochemical Genetics Unit, Medical Genetics Center Doutor Jacinto Magalhães, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Portugal;

4 - EPIUnit – Institute of Public Health, ICBAS – School of Medicine and Biomedical Sciences, University of Porto, Portugal; 5 - ITR - Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health, Porto, Portugal

Background/Aim: The assessment of prognostic factors for recurrence and severity of acute diverticulitis (AD) remains to be clarified. Biomarkers like C-reactive protein (CRP), faecal calprotectin (FC), and procalcitonin (PCT) may be useful for assessing severity and recurrence, as already established in inflammatory bowel disease (IBD).

Methods: We present the preliminary results of a pro-

spective cohort study [2021-150 (122-DEFI/125-CE)] conducted since January to August 2022. Recurrence was defined as an episode of AD after an asymptomatic period of 3 months, and severity was classified according to the Modified Hinchey Classification. Exclusion criteria were absence of Computed Tomography (CT), emergency surgery, and concurrent IBD. Serial Biomarker analysis was performed at days 0, 1, 2, 7, 30, and 90, with CRP, FC, and PCT levels. A univariate analysis was carried out, using ROC (receiver operating characteristic) analysis, and the Wilcoxon Rank sum Test.

Results: We enrolled 43 patients, with median age of 53 years (P25=47; P75=65), with acute complicated diverticulitis (ACD) in 17 (39,5%), and acute uncomplicated diverticulitis (AUD) in 26 (60,5%). Hinchey classifications were: 0-16,3%, Ia-44,2%, Ib -20,9%, II -14%, and III -4,9%. Just one had a percutaneous drainage of abscess. 46,5% were recurrent, in a median time of 1,9 years from the previous episode, of whom 25% with preceding ACD. Seven (16,3%) were selected for elective surgery. CRP>78 mg/L on admission predicted ACD on ROC analysis (AUC=0,891; Sen=0,824; Spe=0,808), with a median of 114 mg/L (P25=92; P75=213; p<0,001). Median CRP levels on admission were similar for recurrent (21 mg/L) and non-recurrent AUD (39 mg/L), whereas non-recurrent ACD had significantly higher levels (153 vs 75 mg/L, p<0,001). In addition, we found marginal differences between median levels of PCT on admission in ACD when compared with AUD (0.143 Vs 0.042 ng/mL, p=0.049).

Conclusion: These preliminary results indicate that CRP>78 mg/dl on admission of patients with clinical features of AD predicts the presence of ACD, especially in the first episode. Clinicians should have this in mind and consider a CT scan to rule out complications. However, there is still insufficient data to draw other conclusions, namely for PCT, and future results are on their way.

(18702) - COLORECTAL CANCER SCREENING: PREMALIGNANT PHENOTYPE IDENTIFIED AT COLONOSCOPY AFTER POSITIVE FECAL IMMUNOCHEMICAL TEST IN A PORTUGUESE COHORT

Silva J A¹, Archer S¹, Tomaz R², Reis J³, Tavares F³; Marcos-Pinto R¹, Pedroto I¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - Abel Salazar Biomedical Sciences Institute - University of Porto;

3 - ARS Norte

Introduction: Subjects with a positive faecal immunochemical test (FIT) have a high prevalence of colorectal cancer (CRC) and advanced adenomas at colonoscopy. Despite evidence that screening programs based on FIT can decrease CRC incidence and mortality, there are some remaining gaps, namely the limited data on correlation between FIT positivity and the phenotype identified at colonoscopy.

Methods: The FIT-based CRC screening programme in Northern Portugal invited persons aged over 50 with a positive FIT for diagnostic colonoscopy at an endoscopic referral centre. In this retrospective cohort study, we assessed the outcome of colonoscopy (low/high risk adenoma/CRC) performed after a positive FIT, from December 2020 through December 2021. We studied the features of the three most advanced premalignant lesions on each patient.

Results: 399/434 (91.9%) FIT-positive underwent post-FIT colonoscopy, with average age of 62.7 years and 207 (47,7%) were female.

Colonoscopy was complete (cecum visualization) in 370 patients (92,7%), 322 (80,7%) were considered to have an adequate bowel cleansing (BBPS ≥5) and the adenoma detection rate was 56%.

At colonoscopy, CRC, high risk adenoma, and low risk adenoma were diagnosed in 17 (4.3%), 130 (32.6%), and 76 (19,1%), respectively. 9/17 CRC were located on the left colon. 135 (33.8%) colonoscopies were normal. 367 polyps were evaluated according its: a) location - the majority were located in the sigmoid colon (53.7%); b) morphology - the majority were sessile/plane (72.2%) (Paris 0-Is/Ila); c) size - the majority were between 6-9mm (36.8%); and d) histology - 309 polyps (84%) were adenomas, 48 (13.1%) hyperplasic, 8 (2.2%) serrated (only 2 with

dysplasia) and 1 (0.3%) traditional serrated adenoma. Risk of premalignant and malignant findings were higher in patients with 65-75 years (OR=3,365, IC 2,190-5,169, p value < 0,001) and female sex (OR= 2,113, 1,377-3,244, p value <0,001).

The average time between FIT and colonoscopy was 87,7 days. The majority of CRC's and high-risk adenomas were detected between 60-90 days. There was no association between CRC or high-risk adenoma with an increased time (days) between FIT and colonoscopy.

Conclusion: Continuous assessment and report of performance measures for CRC screening programs are of essential value for quality-of-care improvement.

In this European FIT-based screening program we observed a high adherence rate, maybe supported by its realization in a reference centre.

We found a low rate of serrated polyps which might represent low FIT sensitivity for its detection compared with conventional adenoma.

(18677) - LYMPH NODE RATIO VS AJCC pN AS PROGNOSTIC MARKERS IN STAGE III COLON CANCER

Costeira B¹, Silva F B¹, Cabral F¹, Maciel J¹, Abecasis N¹, Limbert M¹

1 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introduction: Lymph node ratio (LNR) has been suggested to be a stronger survival outcome predictor than American Joint Committee on Cancer (AJCC) pN category, particularly in patients with less than 12 harvested lymph nodes. However, published data are conflicting. We aimed to compare the prognostic significance of LNR and AJCC pN.

Materials and methods: We performed a retrospective, single-center, cohort analysis of a prospectively collected data base, of stage III colon cancer patients, operated between 2010 and 2019. LNR was calculated for all patients, and the sample was divided into quartiles. pN was analyzed according to subcategories (pN1a, pN1b, pN2a, pN2b). Survival analysis was performed using Kaplan-Meier method. Logistic regression was used to create LNR and pN predictive models. ROC curves were used to compare these models.

Results: From 835 colon cancer patients operated during this time period, 262 (31.4%) were stage III and all of them were included in the analysis. Median number of analyzed lymph nodes was 17 [interquartile range: 13-24]. Both LNR and pN were associated with overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) (p<0.05) in the logistic regression model. Area under the curve for LNR predicting survival was 0.680 vs 0.645 for pN. Less than 12 analyzed nodes were found in 42 (16%) patients. In this subgroup, neither LNR nor pN were associated with OS and DFS.

Discussion/Conclusions: LNR showed non-inferiority vs AJCC pN category in predicting survival in patients with over 12 retrieved lymph nodes. Neither system associated with survival in patients with less than 12 retrieved lymph nodes.

(18695) - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – QUAL A PERFORMANCE DO TRATAMENTO INSTRUMENTAL NA PATOLOGIA HEMORROIDÁRIA NESTES DOENTES?

Carvalho T¹, Gonçalves A R², Leal T¹; Caetano A C¹, Coelho R², Gonçalves M¹, Guimarães A¹; Pereira J¹, Fernandes D¹, Gonçalves R¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A doença perianal ocorre em cerca de 20% dos doentes com doença inflamatória intestinal (DII). A patologia hemorroidária (PH), frequentemente desvalorizada, pode ter um impacto importante na qualidade de vida do doente. O tratamento da PH em doentes com DII é mais desafiante por um potencial maior risco de complicações. Dados sobre o tratamento instrumental na PH em doentes com DII são escassos.

Objetivo: Os autores pretendem avaliar a segurança e eficácia do tratamento instrumental na PH em doentes com DII.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo e multicêntrico, que inclui doentes com DII submetidos a tratamentos instrumental de PH, em dois hospitais centrais, entre julho de 2013 e julho de 2021. Foram excluídos doentes com menos de 12 meses de seguimento após o último tratamento. Foram analisados dados relativos ao diagnóstico, classificação e tratamento da DII e da PH. O sucesso clínico foi definido como

a resolução dos sintomas iniciais relativos à doença hemorroidária por, pelo menos, 1 ano, sem necessidade de tratamento adicional.

Resultados: Foram incluídos 41 doentes, com idade média 49,8 (\pm 11,6) anos e maioritariamente do sexo feminino (n=26; 63,4%). A maioria dos doentes (n=29, 70,7%) tinha colite ulcerosa. Os doentes de Crohn apresentaram atingimento cólico em 41,7% (n=5) e predomínio de comportamento não estenosante, não penetrante em (n=10, 83,3%). Dos 41, 29 doentes (70%) estavam em remissão endoscópica da sua DII, no início do tratamento instrumental. Relativamente à PH, os sintomas mais comuns foram a hemorragia (n=34, 82,9%) e o prolapso hemorroidário (n=15, 36,6%). De acordo com a Classificação de Goligher, 21 doentes apresentavam grau I (52,2%), 8 doentes tinham grau II (19,5%) e 12 doentes com grau III (29,3%). Foram submetidos a laqueação elástica 34 doentes, num total de 74 procedimentos, com uma média de sessões/doente de 2,18 (\pm 1,27). Dos 7 doentes que realizaram injeção de polidocanol espumoso, 6 necessitaram apenas de 1 sessão e um doente realizou 2 sessões. O tratamento instrumental foi eficaz em 35 doentes (85,4%) ao longo de um seguimento médio de 3,4 (\pm 2,0) anos. O sucesso clínico foi superior nos doentes com hemorroidas grau I e II (p=0,05) e não se relacionou com a remissão da DII nem com a sua terapêutica em curso. Do total de 82 procedimentos instrumentais para PH, ocorreram 10 complicações precoces (11,9%) e nenhuma complicação tardia, tendo 2 doentes necessitado de tratamento endoscópico e 1 de antibioterapia (total 3,6%). As complicações descritas não se associaram a fatores da DII nem da terapêutica, nomeadamente colite ulcerosa e imunossupressão (p>0,05). Dos 6 doentes (14,6%) que falharam o tratamento instrumental, 4 foram submetidos a cirurgia, sem complicações precoces/tardias associadas.

Discussão/Conclusão: Neste estudo o tratamento instrumental foi eficaz (85%) e seguro, com uma baixa taxa de complicações com necessidade de tratamento. Em paralelo com a população geral, após a falha das medidas conservadoras, o tratamento instrumental poderá ser considerado uma opção segura e eficaz nos doentes com DII.

(18703) - COMPARAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS APÓS DIFERENTES ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NEOADJUVANTES NO TRATAMENTO DE CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO

Gama B¹, Galvão D², Videira J F³, Sousa A³

1 - Hospital da Horta, E.P.E.R.;

2 - Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, E.P.E.R.;

3 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: O tratamento multimodal é a abordagem standard para doentes com neoplasia do reto localmente avançada, sendo que a sequencia em que os tratamentos são administrados continua a ser motivo de debate. Recentemente, a Terapia neoadjuvante total (TNT) surgiu como uma alternativa aos tratamentos standard, demonstrando resultados promissores no que diz respeito à resposta loco-regional e melhoria da sobrevida. No entanto, a evidência sobre a segurança e eficácia do esquema TNT é controversa.

Objetivos: Os autores têm como objetivo comparar o esquema TNT e o esquema neoadjuvante standard (TNS) no tratamento de doentes com cancro do reto localmente avançado.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de neoplasia do reto localmente avançado, admitidos na nossa Instituição desde janeiro de 2020 até maio de 2022. Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com o tratamento neoadjuvante que receberam: TNS (quimiorradioterapia ou radioterapia esquema curto) ou TNT. O principal outcome avaliado foi o desenvolvimento de complicações no intraoperatório e nos primeiros 30 dias de pós-operatório. Secundariamente foi avaliada a taxa de resposta patológica completa e ressecção R0.

Resultados

Dos 56 doentes incluídos no estudo, 28 (50%) foram tratados com esquema TNT. A maioria dos doentes eram do género masculino (82,1%) e tinham uma idade média global à data da cirurgia de 61,50 anos (\pm 12,05). Em relação às características da neoplasia, 46,4% dos doentes apresentavam tumores em estágio IIIB localizados no reto médio. A ressecção anterior do reto foi realizada em 51,8% dos casos, com uma taxa de ressecção R0 de 78,6%.

A resposta patológica completa foi atingida em 21,4% dos doentes submetidos a TNT, em comparação com 17,9% dos doentes que receberam TNS. A taxa de complicações foi igual em ambos os grupos (53,6%; $p=0,791$). No grupo TNT, a principal complicação intraoperatória foi a perfuração de víscera oca (10,7%) e a complicação mais frequente aos 30 dias foi a infeção intrabdominal (10,7%). Os doentes que receberam TNS não tiveram complicações no intraoperatório. No entanto, neste último grupo, a infeção da ferida operatória ocorreu em 17,9% dos casos.

Conclusão: O nosso estudo sugere que a utilização do esquema TNT no tratamento de cancro do reto localmente avançado, poderá estar associado a uma melhoria da resposta locoregional do tumor sem aumentar a taxa de complicações cirúrgicas. Contudo, estudos prospetivos randomizados e multicêntricos são necessários para confirmar estes achados.

COMUNICAÇÕES 2

VÍDEOS

(18536) - NOSES - “MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN MINIMALLY INVASIVE SURGERY”

Correia P¹, Silva D¹, Magno L¹, Frutuoso L¹, Matos M L¹, Soares A¹, Sousa M R¹, Pereira A M¹, Costa J¹, Nora M¹

1 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: Ao longo das últimas décadas a abordagem cirúrgica das neoplasias colorretais tem evoluído no sentido da cirurgia minimamente invasiva e, atualmente, a laparoscopia é mundialmente aceite como uma via de abordagem de eleição. Contudo, a cirurgia laparoscópica colorretal continua a requerer uma incisão abdominal para extração da peça cirúrgica, com todas as complicações que daí podem advir.

A cirurgia NOSE (*natural orifice specimen extraction*) desenvolveu-se com o objetivo de colmatar os problemas relacionados com as mini-laparotomias da cirurgia laparoscópica. Todavia, esta técnica ainda não se tornou amplamente difundida na prática clínica apesar de já ter sido comprovada a sua segurança oncológica e cirúrgica. Para além da destreza técnica e dos requisitos de seleção de doente que lhe são exigidos, têm sido levantadas algumas questões relativamente ao risco de contaminação da cavidade abdominal e de sementeira tumoral no orifício de extração da peça.

Objetivo: Os autores apresentam em formato vídeo uma resseção anterior do reto laparoscópica com a técnica NOSE, realçando as vantagens e possíveis indicações da aplicação desta técnica cirúrgica minimamente invasiva.

Resumo do Caso: Sexo masculino, 59 anos, ECOG 0, sem antecedentes patológicos de relevo, foi apresentado em reunião de grupo oncológico multidisciplinar após reali-

zação de polipectomia cólica durante uma colonoscopia de rastreio. Tratava-se de um pólipó sésil com 8-9mm localizado aos 20cm da margem anal, cuja histologia revelou um foco de adenocarcinoma bem diferenciado, com invasão focal da submucosa, distando 1mm do plano fulgurado de secção, sem imagens sugestivas de permeação linfovascular ou budding tumoral (*Kikuchi sm1?*). Após revisão das lâminas, concluiu tratar-se de um pólipó maligno com características de alto risco por apresentar uma profundidade de invasão da submucosa > 1mm, tendo o doente sido proposto para cirurgia.

Após completar o estadiamento, que não revelou doença local nem à distância, foi submetido a resseção anterior do reto por via laparoscópica, cumprindo os princípios da excisão total do mesorreto, com extração da peça por via transanal (NOSE), sem intercorrências.

O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao 4º dia de internamento.

A histologia da peça cirúrgica não identificou estruturas neoplásicas residuais (ypTONOM0 – estadio I) e aos 4 meses de pós-operatório o doente encontra-se assintomático e sem evidência de recidiva.

Relevância: Na era da cirurgia minimamente invasiva o princípio cirúrgico é o de preservar o máximo possível os tecidos e órgãos saudáveis, reduzindo o trauma cirúrgico e o impacto na qualidade de vida dos doentes, sob a premissa de garantir uma resseção completa e segura.

A cirurgia laparoscópica por NOSE mantém a integridade e funcionalidade da parede abdominal, consequentemente apresentando inúmeras vantagens relativamente à laparoscopia tradicional sem negligenciar os princípios oncológicos. Representa assim um avanço no tratamento cirúrgico de neoplasias colorretais em doentes selecionados e realizada por cirurgiões com experiência em laparoscopia.

(18551) - RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL APÓS OPERAÇÃO DE HARTMANN – É A ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA UMA ALTERNATIVA?

Lima R P¹, Oliveira J¹, Velez C¹, Bolota J¹, Leandro S¹, Cotovio M¹, Rente M¹, Matias I¹, Cinza M¹, Machado A¹, Travassos J¹, Silva A¹, Carvalho M¹

1 - Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A reconstrução de trânsito intestinal nos doentes submetidos a operação de Hartmann trata-se de uma intervenção cirúrgica complexa associada a uma elevada taxa de complicações. A abordagem laparoscópica, apesar de ser tecnicamente exigente, tem vindo a aumentar por estar associada a menor morbi-mortalidade.

Objetivo: Apresentação de dois casos clínicos de reconstrução de trânsito intestinal por via laparoscópica. Material e métodos

Apresentação de dois casos clínicos em formato de vídeo.

Resultados: Apresentam-se dois casos de doentes que por neoplasia perfurada do cólon sigmóide foram submetidos a operação de Hartmann, seguida de quimioterapia adjuvante. Após a realização dos exames de seguimento, que excluíram recidiva, e estudo endoscópico do cólon sem alterações, foram propostos para cirurgia laparoscópica de reconstrução de trânsito intestinal.

Caso 1: Doente do sexo masculino de 53 anos de idade, com volumosa hérnia periclostômica, submetido a reconstrução intestinal por abordagem laparoscópica. Pós-operatório imediato complicado de hemorragia intra-abdominal identificada e resolvida por laparoscopia. Alta ao 6º dia pós-operatório.

Caso 2: Doente do sexo masculino de 66 anos de idade, com volumosa hérnia incisional, submetido a reconstrução intestinal por abordagem laparoscópica. Pós-operatório complicado de ileus com necessidade de pausa alimentar e introdução de procinéticos. Alta ao 8º dia pós-operatório. O doente aguarda correção cirúrgica da hérnia incisional.

Em ambos os casos, procedeu-se, após a colocação de quatro trocares, a laboriosa lise de aderências e libertação das ansas de delgado da parede abdominal, com redução do conteúdo herniário. Realizou-se de seguida a

mobilização do coto rectal e secção mecânica do mesmo. Após a mobilização do ângulo esplénico e cólon esquerdo, procedeu-se a desmontagem da colostomia com secção do cólon a nível proximal e de seguida a confeção de anastomose colorectal mecânica termino-terminal. Por fim, confirmou-se a estanquicidade da anastomose com insuflação transanal de ar após imersão em soro.

Discussão/ Conclusão: A reconstrução de trânsito intestinal por abordagem laparoscópica é uma cirurgia tecnicamente difícil pela laboriosa libertação de aderências a que habitualmente está associada. Sempre que possível, a abordagem laparoscópica deve ser preferida dado que se encontra associada a menos complicações.

(18697) - NEOPLASIA ULTRABAIXA DO RETO: PROTECTOMIA TOTAL POR VIA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE COLOANAL

Marques P¹, Silva E¹, Brandão P¹, Silva A C¹, Sampaio M¹, Santos M¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O tratamento cirúrgico das neoplasias do reto baixo está historicamente associado a técnicas agressivas com necessidade de amputação do aparelho esfínteriano e confeção de um estoma definitivo. Avanços recentes no estadiamento e na caracterização das lesões permitiu o desenvolvimento de técnicas poupadoras de esfíncter em lesões que previamente teriam indicação formal para amputação.

Em doentes selecionados, as técnicas de proctectomia com ressecção interesfínteriana permitem uma melhor qualidade de vida sem comprometer o resultado oncológico. O conhecimento e domínio da técnica são importantes de modo a prestar o melhor tratamento possível aos doentes com neoplasia do reto baixo.

Objetivo: Demonstrar a técnica de proctectomia com ressecção interesfínteriana e os adjuntos atuais para confirmar a correta vascularização do topo cólico.

Resumo do caso: Homem de 66 anos, com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata. Por quadro de retorragias e falsas vontades com 3 meses de revolução realizou colonoscopia, com achado de neoplasia do reto baixo, ocupando metade da circunferência posterior, a cerca de 3cm da margem anal. Completou estadiamento com

tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvico, ressonância magnética pélvica e PET, sem evidência de lesões à distância; localmente com extensão de cerca de 4,5cm, sem invasão da gordura perirrectal nem das estruturas adjacentes, com margem inferior a cerca de 1cm da transição recto-anal e a 3,5cm do orifício anal externo. Discutido em consulta de grupo: proposto para radioterapia neoadjuvante com quimioterapia radiosensibilizante. Realizou RM pélvica de reestadiamento, que apresentava massa residual com resposta parcial.

Submetido após a proctomia total por via laparoscópica com ressecção interesfincteriana total e anastomose coloanal manual associada a ileostomia de proteção. Utilizado verde de indocianina após exteriorização da peça para confirmação de viabilidade adequada, previamente a confecção de anastomose. Procedimento e pós-operatório decorreram sem intercorrências, tendo alta em D10 pós-operatório.

Resultado histológico compatível com adenocarcinoma ypT3N0 R0, com grau de regressão tumoral (TRG): 3.

Relevância: As cirurgias poupadoras de esfíncter permitem bons resultados oncológicos e funcionais, apesar de tecnicamente exigentes. É importante o conhecimento dos seus passos e das suas eventuais limitações. O cumprimento das premissas para a correta cicatrização anastomótica, nomeadamente a ausência de tensão e uma irrigação dos tecidos é essencial para uma evolução pós-operatória adequada. A utilização do verde de indocianina como método adjuvante para confirmação da irrigação dos tecidos tem vindo a ser difundido, com resultados promissores.

(18746) - TRANSVERSE PERINEAL SUPPORT

Sousa P¹, Gonçalves E¹, Antunes A¹, Marques I L¹, Sousa A¹, Pereira A¹, Cavadas S¹, Rodrigues J¹, Gonçalves N¹, Santos P², Azevedo C³, Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga; 2 - Hospital de Torres Vedras; 3 - Hospital Cova da Beira

Introduction: The transverse perineal support (TPS) represents a surgical procedure that aims the creation of an element of support to the pelvic floor in patients suffering from obstructed defecation syndrome (ODS) and perineal descent (PD).

PD is a pathology often associated with ODS because of inadequate rise of intraabdominal pressure during straining and its main cause is believed to be an excessive and repetitive straining leading to a weak pelvic floor musculature.

The TPS aim is to mimic the role of superficial transverse perineal muscle function, which functional activity represents an important role in limiting excessive PD in normal subjects.

Materials and methods: The aim of this video is to demonstrate the TPS as an approach for treatment of PD in patients experiencing ODS. This patient is a 54-year-old female with medical history of previous hemorrhoidal correction, antero-lateral colpopexy + ventral rectopexy laparoscopically and hysterectomy suffering from ODS and PD.

The patient was positioned in lithotomy position, the ischial tuberosities were identified by palpation and an incision was made (approx. 2cm) on each side of the overlying skin. Dissection using electrocautery was performed in the adipose tissue from the superficial fascial of the perineum to create a tunnel between the two branches of the pubis passing a forceps through this tunnel. A propylene implant (approx. 4 x 18 cm – tapered in the middle third) was positioned above the perineum superficial fascia and sutured to the periosteum membrane and the excess trimmed away and the skin incision sutured.

Results: The procedure went without complications and the patient was discharged at the same day of the procedure. The post operative period had no complications and the patient showed improvement of PD but maintained the ODS symptoms.

Conclusion: TPS is a promising technique and appears to be a safe and effective surgery (with a short-term follow-up) in treatment of ODS with PD in selected patients and represents a simple procedure with short hospital stay and low evidence of complications.

(18732) - SPLENIC FLEXURE SEGMENTAL RESECTION WITH INFERIOR MESENTERIC VEIN PRESERVATION

Santos P¹, Lucas I², Pereira A², Antunes A², Cavadas S², Gonçalves E², Gonçalves N², Azevedo C³, Rodrigues J², Pedro J², Sousa A², Sousa P², Pereira J C²

1 - Hospital de Torres Vedras - Centro Hospitalar do Oeste;

2 - Hospital de Braga;

3 - Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira

Introduction: Among left colon tumors, those of the splenic flexure are the less common. There are some controversies on the appropriate extend of the colic resection and lymph node dissection and those controversies have their roots in the embryology of this region. The splenic flexure is located in a border area for arterial supply (middle colic artery arising from superior mesenteric artery and left colic artery arising from inferior mesenteric artery). Some surgeons prefer a more extended colectomy such left hemicolectomy but an excision of splenic flexure with ligation of the left colic artery and the left branch of the middle colic artery can also be done without jeopardizing the oncological results. Preservation of the inferior mesenteric vein also allows to maintain the venous drainage of the sigmoid intact.

Aim: To show that segmental resection is a safe and effective treatment option for tumors of the splenic flexure.

Materials and methods: Presenting a video of a segmental resection of the splenic flexure with inferior mesenteric vein preservation.

Results: A 68-year-old man, with no relevant medical history, was diagnosis with a colonic adenocarcinoma. The colonoscopy showed an exophytic and ulcerated neoplasm at 50 cm of anal verge. The CT scan revealed a localised colon cancer with no metastatic disease. The patient was proposed to curative surgery. The laparoscopy showed a tumor localised to the splenic flexure and the patient was submitted to a splenic flexure segmental resection with inferior mesenteric vein preservation. The histology of the specimen revealed to be a pT2 N0 (0/34) R0.

Conclusion: Segmental resection is a surgical approach that could be oncologically safe without compromise the lymph node harvested.

(18737) - PROTECTOMIA RECONSTRUTIVA COM BOLSA ILEOANAL MINIMAMENTE INVASIVA APÓS COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA TERMINAL POR COLITE ULCEROSA

Manso A¹, Andrade R¹, Almeida A¹, Rosete M¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Objectivo/introdução: A Proctocoliectomia reconstrutiva é uma cirurgia complexa, ainda mais quando realizada por laparoscopia. Uma boa técnica cirúrgica é essencial para um bom resultado cirúrgico em particular nos doentes com Colite Ulcerosa (CU).

Material e métodos: Doente de 45 anos, sexo masculino com antecedentes de colectomia total com ileostomia terminal laparoscópica há 18 meses em contexto de urgência por CU com intratabilidade médica. Após mobilização da ileostomia e encerramento do ileon com TA colocou-se GelPoint no local do anterior estoma. Realizou-se laparoscopia exploradora e libertação das aderências do intestino delgado e mobilização do mesentério do duodeno e pâncreas. Removido o intestino delgado pelo GelPoint, e confeção de bolsa ileal em J e colocação de cabeça de EEA. Colocação de GelPoint anal e dissecação do reto até ao plano abdominal com extracção deste por via anal. Anastomose coloanal com EEA 33. Confeção de ileostomia lateral no local da antiga ileostomia.

Resultados: A cirurgia teve uma duração de 180 m e o doente teve alta ao 6º dia sem intercorrências.

Conclusão: A abordagem trans-anal na proctectomia por CU facilita uma dissecação preservando o mesorecto. Uso de GelPoint no local da anterior ileostomia diminui a necessidade de portas para o tempo abdominal. Uma abordagem minimamente invasiva evita complicações e facilita a recuperação dos doentes.

COMUNICAÇÕES 2 CASOS CLÍNICOS

(18527) - CISTOS DE DUPLICAÇÃO DO RETO E OS SEUS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

Ferreira A T¹, Azevedo J P³, Saraiva M M², Pedroto I⁴, Castro-Poças F.⁴

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - ManopH - Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva;

3 - Hospital CUF-Porto;

4 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

As duplicações do trato gastrointestinal são anomalias congénitas raras (1/10.000 nados vivos), que podem ocorrer ao longo de todo o trato gastrointestinal. Dessas, as duplicações do reto são as menos frequentes (4%). A apresentação destas lesões no reto é mais usual na infância, sendo raro o seu diagnóstico na idade adulta. Apesar de geralmente assintomáticos, os cistos de duplicação do reto podem surgir com diversas apresentações, como através de sintomas de efeito de massa ou de fistulização, ou mesmo com sintomas hemorrágicos. Assim, a sua identificação representa um verdadeiro desafio diagnóstico, surgindo a ecoendoscopia com um papel fulcral no seu reconhecimento.

Neste trabalho apresentamos uma série de quatro casos de cistos de duplicação do reto, nos quais a ecoendoscopia teve papel central no diagnóstico e orientação clínica.

Caso 1: Um homem de 54 anos, assintomático, cuja colonoscopia de rastreio mostrou abaulamento da parede do reto. Por este motivo foi realizada ecoendoscopia que evidenciou, entre os 5 e 8cm da margem anal, uma lesão heterogénea (43x35mm), bem delimitada, maioritariamente cística, com várias cavidades anecoicas no seu interior, a condicionar compressão extrínseca da parede do reto; a camada muscular da parede do reto parecia envolver a lesão. Foi realizada punção aspirati-

va durante o exame, cuja avaliação citológica revelou a presença de muco, bem como grupos de células cilíndricas epiteliais, sem malignidade. Foi decidida exérese cirúrgica da lesão, tendo a histologia revelado a presença de muco e mucosa tipicamente colorretal na sua superfície interior, disposta sob a camada muscular da lesão, que se mantinha em continuidade com a camada muscular do reto – foi assim possível confirmar o diagnóstico de cisto de duplicação do reto.

Caso 2: Uma mulher de 56 anos, com queixas de supuração perianal com 3 meses de evolução, apresentava uma colonoscopia apenas com abaulamento da parede retal. Foi submetida a ecoendoscopia, que revelou uma lesão de morfologia tubuliforme, cujos maiores diâmetros transversais iam diminuindo progressivamente desde a localização posterior à transição anorretal até à margem perianal (de 16x15 a 2x4mm); apresentava localização interesfínteriana ao longo do canal anal e localização interna ao puborretal na região mais proximal; a lesão era ainda heterogénea, com aparentes componentes hiperecogénicos e hipoeecogénicos-aneocogénicos no seu interior. Uma vez que a morfologia e o comportamento ecográfico da lesão eram mais sugestivos de cisto de duplicação de canal anal/reto fistulizado, foi proposta exérese cirúrgica da lesão, que comprovou a suspeita diagnóstica.

Caso 3: Um homem de 60 anos, com queixas de incontinência para gases em contexto de pós-hemorroidectomia, foi enviado à consulta por lesão subepitelial do reto. A ecoendoscopia mostrava uma lesão heterogénea predominantemente hiperecogénica, com aparente conteúdo grumoso, bordos regulares e bem delimitada (24x10mm), que parecia depender da muscularis propria do reto. Foi realizada punção aspirativa da lesão, cuja citologia mostrou células caliciformes e ainda alguns enterócitos – portanto, suspeita de cisto de duplicação do reto. Foi ponderada exérese cirúrgica da lesão para confirmação histológica; contudo, pelo risco de agravamento de incontinência, decisão conjunta com o doente de unicamente vigilância. O doente já

foi reavaliado ecoendoscopicamente após 3 anos, com a lesão a manter as mesmas características.

Caso 4: Um homem de 57 anos, assintomático, recorreu à consulta após realização de colonoscopia de rastreio a mostrar abaulamento da parede retal. Por esse motivo foi realizada ecoendoscopia: a cerca de 9cm da margem anal, lesão heterogénea, cística, com áreas anecoicas e áreas hiperecogénicas, bem delimitada no espaço peri-retal posterior; na sua maior extensão extrínseca à parede retal; contudo, em certos focos ocorria duplicação da muscularis propria, envolvendo a lesão. Colocada hipótese de diagnóstico de cisto de duplicação retal. Embora tenha sido proposto ao doente a exérese cirúrgica da lesão para confirmação histológica, este ainda não optou por cirurgia.

Esta série de casos ilustra a variedade de apresentação destas lesões, apesar de extremamente raras, e como o seu diagnóstico pode ser desafiante, especialmente na idade adulta. Tipicamente as lesões de duplicação gastrointestinal caracterizam-se por aderência a algum local do trato gastrointestinal, a envolvimento da lesão por parte da camada muscular ou a duplicação da muscularis propria e ainda a existência de células no seu interior características da mucosa gastrointestinal. O diagnóstico dos cistos de duplicação do reto permite a distinção com outras entidades, tais como teratomas, meningocelo, leiomiossarcoma e abscessos. A ecoendoscopia, ao permitir identificar características praticamente patognomónicas dos cistos de duplicação do reto, apresenta um papel fulcral na sua identificação e orientação terapêutica. Neste último ponto, a realização de punção aspirativa pode ser decisiva ao ter papel central entre certos diagnósticos diferenciais e seleção da abordagem cirúrgica. Embora nem sempre necessária, a exérese cirúrgica proporciona o diagnóstico definitivo e é curativa, possibilitando, quando aplicável, o alívio sintomático, e prevenindo ainda complicações locais, tais como sobreinfecção, hemorragia e, pese embora rara, a eventual degenerescência maligna da lesão.

(18602) - COLANGIOCARCINOMA HILAR COM METASTIZAÇÃO RETAL: UMA APRESENTAÇÃO INVULGAR COM HEMATOQUÉZIA

Gonçalves A¹, Silva M¹, Barbeiro S¹, Fernandes A¹, Vasconcelos H¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: O Colangiocarcinoma é um tumor raro que metastiza mais frequentemente para o fígado, peritônio e pulmões. A metastização gastrointestinal na ausência de disseminação peritoneal evidente é extremamente rara.

Objectivo: Os autores apresentam um caso clínico de um colangiocarcinoma com metástases rectais diagnosticado após um episódio de hematoquézias.

Caso clínico : Doente de 84 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do endométrio e da vesícula biliar, submetidos a cirurgia curativa, recorre ao serviço de urgência por quadro de icterícia obstrutiva. A Tomografia Computatorizada (TC) e Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética revelaram estenose do canal hepático comum e dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Submetida a drenagem percutânea por Colangiografia Transhepática. Ainda no mesmo episódio, desenvolveu hematoquézias com a rectosigmoidoscopia a mostrar mucosa retal congestiva e uma úlcera de fundo maioritariamente branco com ponto hematínico, dura ao toque de pinça, com cerca de 20 mm de maior eixo, no recto distal. Biópsias da úlcera compatíveis com neoplasia de origem biliar com marcação imuno-histoquímica positiva para CK 7 e negativa para CK20, receptores de estrogénio ou progesterona. Sem disseminação peritoneal ou outras localizações secundárias. Assumido diagnóstico de colangiocarcinoma hilar com metastização rectal. Sem indicação para tratamento sistémico, referenciada para cuidados paliativos.

Relevância: Após revisão da literatura, os autores encontraram apenas cinco casos reportados de metástases no cólon com origem primária em colangiocarcinoma e um caso de disseminação pélvica isolada com estenose rectal. Este é o primeiro caso descrito de colangiocarcinoma com metástases rectais apresentando-se com hematoquézias.

(18614) - DUAS NEOPLASIAS DO COLÓN METÁCRONAS - UM AZAR NUNCA VEM SÓ

Bragança S¹, Pereira A¹, Alexandrino G¹, Moita F², Oliveira A¹, Costa M N¹, Horta D¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

2 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O adenocarcinoma do colón e o linfoma não-Hodgkin (LNH) com envolvimento do colón são duas neoplasias distintas. Na literatura, existe referência ao diagnóstico síncrono dessas neoplasias ou metácrono, em que o adenocarcinoma do colón é a segunda neoplasia a ser diagnosticada. Todavia, raramente é descrita a relação metácrona em que o diagnóstico de LNH ocorre após o de adenocarcinoma do colón e, adicionalmente, em que o LNH é o linfoma de células do manto (LCM). O adenocarcinoma do colón é a terceira neoplasia mais prevalente em Portugal. A sequência adenoma-adenocarcinoma, maioritariamente, pela via de instabilidade cromossómica, encontra-se na base da sua patogénese. O LCM é pouco frequente, representando 6% de todos os LNH e é caracterizado pela translocação cromossómica t(11;14)(q13;q32), levando à expressão nuclear da ciclina-D1. No LCM, o estudo endoscópico do trato gastrointestinal (TGI) não está preconizado na ausência de suspeita do seu envolvimento, o qual pode ocorrer em cerca de 30% dos casos. A polipose linfomatosa múltipla (PLM) é o achado endoscópico mais frequente no LCM com envolvimento do colón.

Objetivo: Partilhamos um caso clínico raro de duas neoplasias distintas metácrônicas, LCM estadio IV (por envolvimento do colón) após o diagnóstico de adenocarcinoma do colón. Adicionalmente, pretendemos apresentar a exuberância dos achados endoscópicos referentes ao envolvimento cólico pelo LCM na forma de PLM.

Resumo do caso clínico: Homem de 79 anos diagnosticado com adenocarcinoma do cólon sigmoide, em 2018, após se apresentar no serviço de urgência em oclusão intestinal. Foi submetido a cirurgia de Hartmann de emergência, ficando com colostomia desde então. Tratava-se de adenocarcinoma estadio IIIB (pT3 N1b M0), da classificação AJCC, tendo completado seis meses de quimioterapia (QT) adjuvante com capecitabina. A primeira colonoscopia total foi realizada 4 meses após a cirurgia,

sem evidência de neoplasia síncrona. Manteve-se em vigilância clínica, analítica e imagiológica como preconizado, porém não foi realizada colonoscopia 1 ano após a cirurgia. Durante o período de vigilância não foi identificada sintomatologia de novo nem sinais de recidiva de doença. Sem história familiar apurável de patologia oncológica.

Três anos após a cirurgia, desenvolveu disfagia orofaríngea de agravamento progressivo, com identificação de hipertrofia amigdalina assimétrica e múltiplas adenomegalias cervicais suspeitas, sem outros sintomas referentes ao TGI. Após referência ao otorrinolaringologista, foi realizada biópsia da amígdala que revelou ser compatível com LCM, tendo-se documentado a translocação cromossómica t(11;14), no sangue periférico, por técnica de hibridização *in situ* fluorescente. Na tomografia computadorizada de estadiamento, além de adenopatias supra e infradiaphragmáticas, identificou-se heterogeneidade de toda a vertente intraluminal da parede cólica e, no fundo cecal, uma massa com cerca de 5cm de maior diâmetro. Para esclarecimento destes achados foi realizada colonoscopia total com ileoscopia. Desde o orifício da colostomia até ao íleon terminal foram identificados múltiplos pólipos, alguns deles com umbilicação central. Adicionalmente, visualizou-se uma massa vegetante e friável, de 55mm de maior diâmetro, no fundo cecal. Foram realizadas biópsias de pólipos no íleon, cólon ascendente e descendente, bem como da massa cecal. Em todas as amostras histológicas foi identificado um infiltrado de células linfóides monomórficas. No estudo imunohistoquímico, as células linfóides expressavam CD20 e CD5, revelaram-se negativas para CD3, CD23 e CD10 e, adicionalmente, documentou-se a sobreexpressão da ciclina-D1. Assumiu-se o diagnóstico de LCM estadio IVA, da classificação de Ann-Arbor, com score MIPIb de alto risco. Após o primeiro ciclo de R-bendamustina (rituximab e bendamustina), o doente foi diagnosticado com COVID19 e a quimioterapia foi suspensa até alcançar critérios de cura virológica. Cerca de 2 meses após o diagnóstico da COVID19, reiniciou quimioterapia com R-CVP (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, prednisolona), pelo seu menor efeito imunossupressor, com resposta clínica, encontrando-se

preconizada realização de colonoscopia total após completar 6 ciclos de QT.

Relevância: Este caso clínico descreve a raridade da relação metácrona bem como ordem cronológica entre adenocarcinoma do colón e LCM com envolvimento do colón. No presente caso ambas as neoplasias foram assumidas como esporádicas. A partilha de fatores de risco e/ou mecanismos fisiopatológicos provavelmente é um aspeto a considerar face à presente associação, porém são raros os casos descritos, o que limita a investigação na área. Adicionalmente, partilhamos os achados endoscópicos exuberantes do envolvimento do colón pelo LCM.

(18623) - "PURSE-STRING" ESCHAR CLOSURE AFTER ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF A RECTAL LESION

Estevinho M M¹, Pinho R¹, Rodrigues J¹, Afecto E¹, Correia J¹, Freitas T¹

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Introduction: Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) is the treatment of choice of superficial neoplastic gastrointestinal lesions, being delayed bleedings and perforations the most relevant post-procedure complications. Different techniques have been described for the management of ESD-created mucosal defects, including the use of tissue sealants, biological adhesives glues, a variety of clips and suturing devices. Also, recently, a propensity score matching analysis demonstrated that prophylactic closure significantly reduced the rate of adverse events after colorectal ESD.

Aim: We aim to describe the successful closure of a large post-rectal ESD eschar using the endoscopic "purse-string" method.

Case summary: A 48-year-old male without prior medical history was referred for colonoscopy after a positive fecal immunochemical screening. A lateral spreading tumor with 60 mm (0-IIa+Is, Paris Classification), granular, nodular-mixed type, was identified in the proximal rectum. Careful examination using high-resolution white light-imaging and blue-light imaging did not identify areas of suspicious vascular/mucosal pattern (JNET 2A). Therefore, en bloc ESD was proposed. At the final ESD stage, in the center of the lesion beneath the polypoid component, an

area of absent elevation was seen, suggesting fibrosis or invasion. Therefore, dissection was completed around this area, isolating a pericentimetric area without elevation. Then, the muscular layer was intentionally superficially sectioned to complete resection. At the end of the procedure, cut whitish muscular fibers were identified in a small segment, without free perforation. Therefore, the eschar was closed using the endoscopic "purse string" technique. For such, the endoloop was introduced alongside the colonoscope and then anchored by clips around the eschar margin. Finally, the endoloop was tightened. The patient was asymptomatic after the procedure and was discharged home after 4 hours of monitoring. The histological analysis of the ESD specimen revealed a moderately differentiated adenocarcinoma, invading the muscularis propria, but with negative vertical and horizontal margins. The patient was discussed in the multidisciplinary group, staged as a cT2N0M0 and surgery was proposed. The patient was submitted to anterior rectal resection. The surgical specimen revealed absence of residual neoplasia, but nodal metastases were detected in 2 out of 29 lymph nodes and adjuvant chemotherapy was started.

Relevance: This case demonstrates the utility of the "purse string" technique to close large defects and brings attention into two paramount messages: i) "optical biopsy" may have pitfalls in evaluating the invasion of neoplastic lesions; ii) multidisciplinary approach is key for patient-centered care.

(18631) - SECUKINUMAB-INDUCED ULCERATIVE COLITIS IN A PATIENT TREATED FOR SARCOIDOSIS - FIRST CASE REPORT

Garrido I¹, Andrade P¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introduction: Secukinumab is a fully-human monoclonal antibody that acts by selectively binding and neutralizing the proinflammatory cytokine IL-17A. It is currently approved for use in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. Some recent reports also suggest a favorable effect of secukinumab in patients with sarcoidosis.

Clinical case: A 73-year-old female with a past medical history of sarcoidosis had been under treatment with secukinumab for 6 months. This patient had failed prior

treatment with methotrexate and infliximab. She was admitted due to bloody diarrhea, abdominal pain and weight loss with 1 month of evolution. Her abdomen was soft but diffusely tender. Blood tests showed iron deficiency anemia (hemoglobin 11.6 g/dL), thrombocytosis (platelet count $494 \times 10^9/L$), hypoalbuminemia (albumin 28.7 g/L) and increased inflammatory markers (C-reactive protein 127 mg/L). Abdominal ultrasound examination showed diffuse parietal thickening of the colon. She had a normal complete metabolic panel, with negative human immunodeficiency virus, blood and stool cultures. Colonoscopy showed an absent vascular pattern, friable mucosa and erosions from the rectum to the cecum (Mayo endoscopic subscore 2). Biopsies revealed distortion of glandular architecture, accentuated inflammatory infiltrate and cryptic microabscesses. Histology was negative for cytomegalovirus colitis. Magnetic resonance enterography showed no evidence of small bowel disease. Thus, a new diagnosis of ulcerative colitis was made. Secukinumab was discontinued and the patient was started on prednisone 40 mg po daily along with mesalamine 3 mg po daily. Two months after the initial diagnosis, she remains well on a tapering course of corticosteroids.

Discussion: This case documents the association of starting secukinumab with a diagnosis of ulcerative colitis. It is possible that, in contrast to its pro-inflammatory role in other diseases and locations, IL-17A may function as a negative regulator of immunity in the gut mucosa. During phase three clinical trials, only two patients (0.058%) on secukinumab developed new-onset inflammatory bowel disease. In practice, there have been some case reports of ulcerative colitis developing in patients being treated for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. This is the first report of ulcerative colitis diagnosed in a patient with sarcoidosis after initiation of treatment with secukinumab.

COMUNICAÇÕES 3

COMUNICAÇÕES 3

25 DE NOVEMBRO • 14:30 - 15:15 h
25TH NOVEMBER • 2:30 - 3:15 pm

COMUNICAÇÕES ORAIS | ORAL PRESENTATIONS

(18635) - ACHADOS CITOPATOLÓGICOS DO CANAL ANAL E DO COLO DO ÚTERO – EXISTEM DIFERENÇAS?

Garrido I¹, Coelho R¹, Silva M¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A incidência do cancro anal tem vindo a aumentar, particularmente em determinados grupos de risco. Por outro lado, o cancro do colo do útero é a terceira neoplasia maligna mais comum em mulheres em todo o mundo e continua a ser uma das principais causas de morte relacionadas com o cancro. A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) tem um papel preponderante na patogénese de ambas as neoplasias. As lesões precursoras de cancro podem ser identificadas através de citologia numa perspetiva de rastreio e diagnóstico precoce do cancro anal e do colo do útero.

Objetivos: Comparar os achados citopatológicos do canal anal e do colo do útero numa população de mulheres submetida a rastreio de lesões displásicas do canal anal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todas as doentes do sexo feminino submetidas a citologia do canal anal para rastreio de lesões displásicas em consulta especializada de Proctologia entre janeiro de 2018 e setembro de 2022.

Resultados: Um total de 272 mulheres realizaram citologia do canal anal durante o período de tempo avaliado. Destas, apenas 170 (idade média 49.9±8.6 anos) eram igualmente acompanhadas em consulta de Ginecologia e realizaram citologia cervico-vaginal. A maioria apresentava infeção pelo VIH (80.6%). Documentaram-se hábitos

tabágicos em 28.8% dos casos. Apenas 11.2% das doentes tinha sido vacinada contra o HPV. Foram identificadas lesões de alto grau (HSIL) em 12.9% (n=22) das citologias do canal anal e 0.6% (n=1) das citologias cervico-vaginais (p=0.010). Além disso, observaram-se células escamosas atípicas (ASC) em 31 (18.2%) doentes que realizaram citologia do canal anal e 8 (4.7%) doentes que realizaram citologia cervico-vaginal (p=0.018). Identificaram estirpes de HPV de alto risco em 126 (74,1%) citologias do canal anal e 54 (31.8%) citologias cervico-vaginais (p<0.001). Não se verificou relação estatisticamente significativa entre os resultados da citologia do canal anal e citologia cervico-vaginal (p=0.115). Quando avaliada a presença de lesões de alto grau (HSIL), verificou-se que a correlação entre as citologias era muito fraca (r=0.199, p=0.010). Obtiveram-se resultados semelhantes em relação à presença de células escamosas atípicas (r=0.182, p=0.018). No que diz respeito à presença de estirpes de HPV de alto risco, verificou-se que a correlação entre as citologias era fraca (r=0.277, p<0.001).

Discussão: Apesar da semelhança fisiopatológica, observamos comportamentos biológicos distintos entre os resultados da citologia do canal anal e citologia cervico-vaginal. A citologia do canal anal apresentou lesões mais avançadas e mais frequentemente estirpes de HPV de alto risco, o que reforça a importância de manter o rastreio do cancro anal nas populações de risco.

(18637) - SACRAL NEUROMODULATION AS A TREATMENT ALTERNATIVE FOR LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Pires M¹, Severo M², Lopes A², Neves S¹, Povo A¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introduction: It is estimated that approximately 70% of patients with rectal cancer who undergo surgery will suffer from Low Anterior Resection Syndrome (LARS). In the last decades, sacral neuromodulation (SNM) has been widely used in urinary dysfunction and in faecal

incontinence refractory to optimized medical treatment. Its application in LARS has been studied and has shown promising results. The authors' aim is to present a systematic review and meta-analysis of the available literature and evaluate the therapeutic success of SNM in patients with LARS.

Methods: A systematic search was performed in several international health-related databases. Retrieved articles were screened and selected according to the inclusion criteria. Data items were collected and processed for each included article and a meta-analysis was done according to the PRISMA guidelines. The primary outcome was the number of successful SNM implants. Secondary outcomes included changes in bowel habits, incontinence scores, quality of life scores, anorectal manometry data and complications.

Results: A total of 18 studies were selected, with 164 patients being submitted to percutaneous nerve evaluation (PNE) with 91% responding successfully. During follow-up some were explanted and the final success rate was approximately 70%. Other outcomes, such as the frequency of incontinent episodes, faecal incontinence scores, quality of life scores were overall improved after SNM. The meta-analysis showed a decrease in approximately 10 incontinent episodes/week; a decrease of 9,86 points in the Wexner score and an increase in quality of life of 1,56 (pooled estimate). Changes in anorectal manometry were inconsistent. Local infection was the most common post-operative complication, followed by pain, mechanical issues, loss of efficacy and haematoma.

Discussion: This was the largest systematic review and meta-analysis ever made concerning the use of SNM in LARS patients and yet, despite its promising results, evidence to support SNM for faecal incontinence after rectal surgery is still limited and should be interpreted with caution. Larger multicentric studies are needed for further investigation before establishing a new formal indication for sacral neuromodulation.

(18685) - A UTILIDADE DE CRITÉRIOS CLÍNICOS E BIOMARCADORES SÉRICOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA COLORECTAL: ESTUDO PROSPETIVO OBSERVACIONAL.

Rama N¹, Lages M², , Guarino M^{2,3}, Lourenço O⁴, Lima P¹, Parente D¹, Silva C^{2,3}, Castro R¹, Bento A¹, Rocha A⁵, Castro-Poças F⁵, Pimentel J⁶

1 - Centro Hospitalar de Leiria;

2 - ciThecCare;

3 - Instituto Politécnico Universitário de Leiria;

4 - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra;

5 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;

6 - Clínica de Montes Claros

Introdução: A deiscência anastomótica é uma das complicações mais temidas após a cirurgia coloproctológica, com uma incidência que pode atingir os 27%. Este evento associa-se ao aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos com os cuidados de saúde. Sinais e sintomas inespecíficos precedem frequentemente a deterioração clínica aguda e rápida de um doente que desenvolve deiscência anastomótica coloproctológica (DAC). O diagnóstico e a terapêutica tardios aumentam a probabilidade de um resultado indesejável. Por conseguinte, o seu diagnóstico precoce é crucial para reduzir as consequências e custos clínicos. Atualmente, existe uma modesta capacidade de prever e identificar doentes em risco de desenvolvimento de DAC. Vários biomarcadores (BMK) foram propostos para a deteção precoce de complicações sépticas pós-operatórias, incluindo a DAC. A proteína C Reativa (PCR), uma proteína hepática de fase aguda, mostrou ter uma forte correlação com o desenvolvimento de complicações intrabdominais pós-operatórias. O valor sérico da PCR é o biomarcador mais estudado para o diagnóstico de DAC. A calprotectina (CLP) plasmática pode ser um biomarcador precoce promissor da resposta inflamatória amplificada, em quadros sépticos abdominais. À data, poucos estudos investigaram este biomarcador como preditor de CAL, tendo *Reisinger et al.* demonstrado a superioridade da CLP, em relação à PCR, na deteção de DAC, com um elevado valor preditivo. A melhor acuidade de diagnóstico foi obtida quando os níveis de PCR e CLP plasmáticas, combinados ao terceiro dia pós-operatório (POD).

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar a utilidade da monitorização de critérios clínicos (dor abdominal e

condição clínica) e de um painel de cinco biomarcadores séricos (Contagem total de leucócitos – WBC; Contagem de eosinófilos – ECC, PCR, procalcitonina -PCT- e CLP) para detetar precocemente uma DAC, e deste modo reduzir o tempo para o seu diagnóstico.

Material e métodos: Foi realizado um estudo de observação monocêntrico prospetivo incluindo os doentes submetidos a ressecção coloretal com anastomose, de Março de 2017 a Agosto de 2019. Os doentes foram divididos em três grupos: G1 - sem complicações; G2 - complicações não relacionadas com DAC; e G3 – que desenvolveram DAC. Cinco biomarcadores foram medidos e analisados durante os primeiros cinco dias do período pós-operatório: WBC, ECC, PCR, CLP e PCT. Foram também avaliados critérios clínicos como a dor abdominal e o estado clínico. Foi avaliada a correlação entre os biomarcadores e o desenvolvimento de DAC. A análise da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) foi utilizada para comparar a acuidade destes biomarcadores como preditores de DAC, e a área sob a curva ROC (AUC), especificidade (SP), sensibilidade (SS), valor preditivo positivo (PPV), e valor preditivo negativo (NPV) durante este período foram estimados.

Resultados: Vinte e cinco dos 396 pacientes desenvolveram DAC (6.3%), e o tempo médio para o diagnóstico foi de 9.0 ± 6.8 dias. Algumas características operatórias tais como abordagem cirúrgica, perda de sangue, complicações intraoperatórias, e duração do procedimento estiveram relacionadas com o desenvolvimento da DAC. A duração do internamento hospitalar foi significativamente mais elevada no grupo que desenvolveu DAC (mediana de 21 vs. 13 e 7 dias). Para a dor abdominal, a melhor capacidade preditiva foi alcançada ao POD4 e 5, com o maior AUC de 0.84 em POD4. Um agravamento do estado clínico foi associado ao diagnóstico de DAC, apresentando um maior efeito preditivo ao POD5, com uma AUC de 0.9. O WBC e o ECC mostraram um melhor efeito preditivo no POD5 (AUC=0.62 e 0.7, respetivamente). Estes marcadores também apresentaram um elevado NPV (94%-98%). A PCT obteve o melhor efeito preditivo ao POD5 (AUC=0,61), embora apresentando comparativamente, uma baixa acuidade. Contudo, este biomarcador revelou um elevado NPV aos POD3, 4, e 5 (96%, 95%, e 96%, respetivamente). O valor médio da CRP em POD5 foi significativamente mais

elevado no grupo que desenvolveu DAC em comparação com o grupo sem complicações (195.5 ± 139.9 mg/L vs. 59.5 ± 43.4 mg/L, $P < 0,00001$). Ao POD5, a CRP apresentou um NPV de 98%. O valor médio da CLP ao POD3 foi significativamente mais elevado no G3 em comparação com G1 (5.26 ± 3.58 µg/mL vs. 11.52 ± 6.81 µg/mL, $P < 0,00005$). A combinação de PCR e CLP ao POD3 mostrou o melhor desempenho, com um AUC de 0,82. De notar, no POD5, que a combinação de PCR e ECC também apresentou uma boa capacidade preditiva (AUC = 0,81). No entanto, com o objetivo de diagnóstico precoce de DAC, a combinação da PCR e CLP em POD3 foi selecionada. Com base num modelo de regressão (*Probit*) foi definida, para este classificador combinado, uma equação que determina a probabilidade de DAC e respetivo *cutoff* ótimo. A adoção deste classificador, o tempo para o diagnóstico de DAC foi reduzido em 5,2 dias, em comparação com o resultado do estudo prospetivo observacional.

Conclusão: Este estudo demonstrou o valor acrescentado dos critérios clínicos no alerta para o desenvolvimento de DAC. Os níveis plasmáticos de CLP e PCR têm potencial como melhores preditores iniciais de DAC, enquanto os níveis sistémicos de WBC, ECC e PCT têm um valor adicional limitado. Para a alta precoce, foram definidos valores otimizados para os biomarcadores séricos CRP, PCT e CLP. A combinação da PCR e CLP plasmáticas, após uma suspeita clínica mínima de DAC, demonstrou uma boa acuidade diagnóstica, permitindo ao clínico reduzir a tempo para a deteção de DAC.

(18691) - SERRATED POLYPOSIS SYNDROME: A DIAGNOSTIC CHALLENGE

Temido M J¹, Gama J², Oliveira R C², Gravito-Soares E^{1,3}, Gravito-Soares M^{1,3}, Amaro P¹, Graça A R¹, Figueiredo P^{1,3}

1 - Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: Serrated Polyposis Syndrome (SPS) is defined by the presence of multiple colorectal serrated lesions (SLs) fulfilling the recently renewed criteria proposed by the World Health Organization (WHO) in 2020. These criteria are based on size, location and cumulative

number of SLs throughout patient's lifetime, leading to a complex and sometimes delayed diagnosis. Formerly, this syndrome was considered to be rare (prevalence between 0.01-0.05%). However, SPS is becoming more common, probably due to increasing awareness and to the widespread use of high-definition colonoscopy. Despite this, serrated lesions detection rate remains relatively low and diagnostic criteria are not systematically being applied by gastroenterologists.

Aim: To assess the prevalence and features of SPS in a Portuguese population submitted to polypectomy of SLs in a tertiary hospital.

Methods: Retrospective single center cohort study. All consecutive patients that underwent polypectomy in a tertiary hospital, from January 2020 to December 2021, were reviewed. Patients with at least one SL histologically diagnosed were included. Other polyposis syndromes or previous colorectal surgery were exclusion criteria. Patients' data were reviewed searching for previous colonoscopy findings and final patient diagnosis assigned by the attending physician.

An evaluation of the fulfillment of the SPS WHO criteria was performed.

Results: During the study period, 1177 patients underwent polypectomy and 423 (35.9%) were included (65% male). Median age was 66 ± 11.7 years. Thirteen (3.1%) patients met SPS criteria (69.2% male) with a median age of 59 ± 12.5 years, 7 (53.8%) of these at the index colonoscopy. The total rate of SPS was 1.1%. Mean time between the first colonoscopy and the fulfillment of the WHO criteria was 36.9 months and the mean number of colonoscopies was 2 ± 1.2 . A diagnosis of SPS had not been previously assigned in 8 cases.

Conclusion: The prevalence of SPS in our series was higher than in the majority of previous reports.

However, the diagnosis of SPS according to recently updated WHO's criteria had not been assigned in several patients.

The strong association with colorectal cancer development makes the detection of this syndrome of the utmost importance. Awareness to the diagnosis of SPS must be reinforced.

(18721) - A EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NA INCONTINÊNCIA FECAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

Brito J¹, Brandão R¹, Chaves S¹, Coutinho D¹, Matos F¹, Vieira A^{1,2}, Macedo A¹

1 - Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve;

2 - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Introdução: A incontinência fecal, definida como a passagem involuntária de conteúdo fecal através do ânus, está associada a um impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar. O tratamento inicial consiste numa abordagem conservadora que se tem revelado pouco eficaz para a maioria dos doentes, podendo esta ser complementada com o *biofeedback*. Este baseia-se na transmissão de informação visual/auditiva da atividade muscular pélvica durante exercícios esfinterianos para controlo da função anorretal. Estudos anteriores apresentam resultados discrepantes quanto à sua eficácia.

Objetivo: Avaliar a eficácia do *biofeedback* no tratamento da incontinência fecal de etiologia não sistémica ou ausência de defeitos anatómicos maior, em adultos.

Material e Métodos: Selecionaram-se ensaios clínicos aleatorizados, publicados nos últimos 10 anos, tendo-se realizado pesquisa no *PubMed* e *Web of Knowledge* com os termos de referência "*biofeedback*" e "*faecal incontinence*". Pelo menos dois autores selecionaram os artigos de forma independente, aplicando os critérios de elegibilidade. O programa *Review Manager v.5.4.1* foi utilizado para a metanálise e para avaliação da qualidade metodológica.

Resultados: Foram identificados 42 estudos, dos quais nove foram selecionados para esta revisão sistemática e metanálise. Os resultados obtidos comparando o antes e após tratamento com *biofeedback* demonstram uma diminuição na escala de gravidade de St. Mark ($p < 0,001$) e número de episódios diários de incontinência fecal ($p < 0,001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na avaliação manométrica das pressões de repouso e de contração máximas ($p = 0,72$ e $p = 0,15$, respetivamente). Para os outcomes secundários, verificou-se uma melhoria significativa nas escalas de CCFI ($p = 0,02$) e nas subescalas Estilo de Vida, Adaptação e Vergonha da FIQL ($p < 0,001$).

Discussão/Conclusão: De acordo com o *American College of Gastroenterology Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders*, o *biofeedback* é uma das recomendações clínicas atuais para o tratamento de incontinência fecal dos cerca de 80% dos indivíduos que não respondem ao tratamento conservador (educação, alterações na dieta, exercícios diários do pavimento pélvico, medicação para alteração da consistência das fezes). Contudo, vários estudos que incidiram no tratamento de incontinência fecal com *biofeedback* como tratamento de primeira linha obtiveram resultados divergentes ou sem significado estatístico. Esta metanálise, a única dos últimos 10 anos, avaliou a eficácia do *biofeedback* na incontinência fecal, tendo demonstrado o seu benefício clínico, nomeadamente na escala de St. Mark, no número de episódios diários de incontinência fecal, na escala de CCFI e nas subescalas Estilo de Vida, Adaptação e Vergonha da FIQL. Assim, os resultados desta metanálise sugerem a sua implementação como tratamento de primeira linha em indivíduos que apresentem critérios de incontinência fecal.

COMUNICAÇÕES 3

VÍDEOS

(18741) - MODIFIED OBANDO & MIWA-GANT TECHNIQUE BOTTON TO UP PILE PEXY TECHNIQUE – PIPETEC

Gonçalves E¹, Sousa P¹, Antunes A¹, Marques I L¹, Sousa A¹, Rodrigues J¹, Gonçalves N¹, Cavadas S¹, Santos P¹, Azevedo C², Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital Cova Da Beira

Background and purpose: The aim of this video is to demonstrate the Modified Obando & Miwa-Gant procedure, also called PIPEtech, for symptomatic hemorrhoids (bleeding / prolapse).

Material and methods: Male patient, 56 year old with a medical history of diabetes mellitus type 2, dyslipidemia and hemorrhoids. The patient reported bleeding as the main complaint and the physical examination showed the presence of hemorrhoids (grade III). The patient underwent PIPEtech.

Results: The surgery was uneventful and the operative time was twenty minutes. This procedure was performed in a one-day surgery setting without complications.

Conclusion: The PIPEtech is safe and feasible with good results. This procedure combined the Gant-Miwa to reduce and treat a rectal prolapse with a mucosal plication and the Obando to treat the hemorrhoids with a suture ligation above the dentate line. It can be performed in a one-day surgery setting and is characterized to reduce the prolapse and stop the bleeding preserving the pile, be easy to reproduce, no expensive devices needed and without severe morbidity.

(18748) - D3 LYMPH NODE DISSECTION IN RIGHT COLON CANCER

Santos P¹, Lucas I², Pereira A², Azevedo C³, Antunes A², Cavadas S², Gonçalves E², Gonçalves N², Rodrigues J², Pedro J², Sousa P², Sousa A², Pereira J C²

1 - Hospital de Torres Vedras - Centro Hospitalar do Oeste;

2 - Hospital de Braga;

3 - Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira

Introduction: Complete mesocolic excision has been demonstrated to be a useful surgical procedure for advanced colon cancer.

Aim: Our goal is to present a video of a laparoscopic D3 lymph node dissection for a right colon cancer.

Material and methods: Here we show a video of laparoscopic right hemicolectomy for a cancer of the hepatic flexure in a 39-years-old woman.

Results: We begin the surgery with the dissection of the ileocolic vessels and the exposure of the superior mesenteric vein and the superior mesenteric artery. Afterwards, we proceed to the ligation of the ileocolic vessels at their origin, followed by the division and ligation of the right middle colic artery. Subsequent dissection of the gastrocolic trunk of Henle allows to identify the middle colic vein, the right gastroepiploic vein, the right superior colic vein and the anterior superior pancreaticoduodenal veins. Ligation of the right gastroepiploic vein and the right superior colic vein is then performed. Postoperative course was uneventful.

Conclusion(s): Laparoscopic D3 lymph node dissection for right colon cancer is a demanding surgical technique that can be safely performed by a highly experienced and skilled surgical team.

(18755) - LAPAROSCOPIC D3 LYMPHADENECTOMY FOR MID-TRANSVERSE COLON CANCER

Rodrigues J¹, Antunes A¹, Pereira A¹, Marques I¹, Cavadas A S¹, Azevedo C², Gonçalves E¹, Santos P³, Gonçalves N¹, Pinho J¹, Sousa A¹, Sousa P¹, Pereira C C¹, Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Centro Hospitalar Cova da Beira;

3 - Centro Hospitalar do Oeste

Introduction: Carcinoma of the transverse colon accounts for 10% of all colorectal cancer.

The optimal surgical approach for transverse colon tumors remains unclear: some surgeons claim the safety and feasibility of less extensive procedures in contrast to a radical excision who sustains the necessity of an extended lymphadenectomy. Many studies showed a comparable 5-year disease-free survival. The lymph nodes harvested may be higher in an extended colectomy but the literature shows similar long-term oncological outcomes between them. The segmental colectomy of the transverse can be technically challenging. The segmental resection requires an extensive lymphadenectomy around the middle colic artery and vein and both flexures mobilization to perform a tension-free anastomosis.

Purpose: Presenting a laparoscopic segmental resection of the transverse colon with oncological D3 lymphadenectomy.

Material and methods: Clinical case and surgery video presentation.

Results: A 49-year-old-woman was diagnosed with colonic adenocarcinoma. The main symptom was hematochezia. This patient had a past medical history of arterial hypertension and a family history of colonic neoplasm (uncle over 50 years old).

The colonoscopy showed an ulcerated and stenosing neoplasm at the transverse colon. The CT scan revealed a bulky mass of the transverse colon with no metastatic lesions. The patient was submitted to a laparoscopic colectomy of the transverse colon with a D3 lymphadenectomy and the anastomosis was performed in a totally intracorporeal fashion.

After gaining access to the abdominal cavity, the transverse colon was identified and the tumoral mass was ea-

sily seen in the mid-transverse colon. The surgery started by approaching both colonic flexures in order to proceed to their mobilization, which is a key step to make sure that it is possible to obtain a tension-free anastomosis at the end. Then it was proceeded to the mesocolon incision using ultrasonic energy. After approaching the mesocolon above the pancreas and the duodenum, the superior mesenteric vein and artery were exposed. After identifying the superior mesenteric artery, the middle colic artery was identified and ligated at its origin. Then, the superior mesenteric vein was mobilized and the middle colic vein was exposed and ligated as well. After all ligations, the ischemic lines were identified and the colonic resection area was delimited. According to the resection area, the proximal and distal end of the colon were ligated with a 60-mm linear stapler. Then it was performed a side to side isoperistaltic anastomosis with a linear stapler, fully intracorporeal. The anastomotic mouth was sutured in two layers with a resorbable barbed suture. The specimen was removed through an assisting suprapubic incision.

The patient was discharged on post-operative day 2 without any surgical complications.

The histopathology examination revealed an adenocarcinoma, high grade, poorly differentiated, with no vascular or perineural invasion, with 7 lymph nodes with metastasis out of 55 isolated (pT3N2b (7/55) R0).

Discussion/Conclusion: Colectomy of the transverse colon with a D3 lymphadenectomy is a surgical approach that can be surgically safe without compromise the oncological outcomes. The segmental resection requires an extensive lymphadenectomy around the middle colic artery and vein. The lymph nodes harvested may be higher in an extended colectomy but the literature shows a similar long-term oncological outcomes especially if a careful lymphadenectomy is performed.

Keywords: D3 lymph node dissection; Segmental colectomy; Colorectal cancer; Transverse colon cancer

(18688) - RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE MICROPERFURAÇÃO APÓS DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO DO CEGO

Côrte-Real F¹, Nunes N¹, Moura D B¹, Rebelo C C¹, Lima M F¹, Taveira F¹, Santos MP C¹, Santos V C¹, Rego A C¹, Pereira J R¹, Paz N¹, Duarte M A¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

A dissecação da submucosa é uma técnica associada a maior risco de hemorragia e perfuração, quando comparada com a mucosectomia. Apresentamos um caso de microperfuração durante a realização de dissecação da submucosa de lesão do cego, resolvida endoscopicamente. Doente do sexo feminino, de 65 anos de idade, proposta a dissecação da submucosa de lesão Paris 0-IIa, *laterally spreading tumor* do tipo granular homogéneo, JNET 2b, de 40mm de maior diâmetro, localizada no cego, na face oposta à válvula íleo-cecal, sobre uma prega, sem envolvimento do orifício do apêndice. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação anticoagulante ou antiagregante.

Durante o procedimento, ocorreu perfuração, de, aproximadamente, 2mm de diâmetro. Foi realizada aspiração de porção do mesocólon, com panículo adiposo, para o interior do lúmen. Foram aplicados três clips Resolution 360™, de 11mm - Boston Scientific, com encerramento completo da perfuração, permitindo a continuação da realização do procedimento. A lesão foi recuperada em bloco.

Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam intra-procedimento. Três dias depois, após progressão da dieta, por dor abdominal espontânea, com empastamento na fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão, foi efetuada tomografia computadorizada abdominopélvica, onde se observou pneumoperitoneu, sem coleções ou abscessos intraperitoneais. Permaneceu hemodinamicamente estável e apirética. Assistiu-se a uma evolução clínica favorável, tendo tido alta médica ao sétimo dia de internamento.

Atualmente, a taxa de perfuração na dissecação da submucosa é de 5.7%. A utilização de clips *through-the-scope* está indicada no caso de perfurações iatrogénicas <10mm. A evidência mostra que a maioria das complicações pode ser resolvida intraprocedimento, com aplicação de clips e tratamento médico conservador.

COMUNICAÇÕES 3 CASOS CLÍNICOS

(18632) - OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – MITO OU REALIDADE?

Garrido I¹, Lopes S¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A doença inflamatória intestinal é uma patologia crónica, de causa multifatorial, cuja prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos. Para alcançar a remissão clínica e endoscópica, os doentes são habitualmente medicados com terapêutica imunomoduladora e/ou imunossupressora. Muitos indivíduos podem ainda necessitar de tratamento cirúrgico devido a complicações graves ou ausência de resposta à terapêutica farmacológica. A oxigenioterapia hiperbárica é uma opção terapêutica promissora, que tem como objetivo melhorar a hipoxia tecidual e a inflamação.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 43 anos, com colite ulcerosa (classificação Montreal E1) sob mesalazina tópica id. Recorreu ao Serviço de Urgência por proctalgia intensa, associada a diarreia e retorragias com 1 semana de evolução. Analiticamente apresentava anemia ferro-pénica (Hb 11.8g/dL) e agravamento dos marcadores inflamatórios (leucocitose $15.00 \times 10^9/L$, PCR 35mg/dL). Toque retal doloroso, sem massas palpáveis, mas com evidente ulceração do canal anal. Realizou retossigmoidoscopia que revelou ulceração serpentina profunda desde a região perianal até aos 10cm da margem anal. Foi internado no Serviço de Gastrenterologia por colite ulcerosa agudizada, sob corticoterapia endovenosa. Realizou RMN pélvica que mostrou importante espessamento parietal concêntrico do reto e trajeto fistuloso com orifício interno à 6h ao nível linha pectínea, estendendo-se inferiormente em posição

interesfincteriana numa extensão longitudinal com cerca de 25mm, terminando numa área de captação mais global no sulco internadegueiro. Apresentou melhoria clínica parcial com o tratamento instituído, pelo que foi decidido iniciar terapêutica de indução com esquema acelerado de Infiximab (5mg/Kg na primeira toma e posteriormente 10mg/Kg). O doente manteve dor de difícil controlo, tendo sido pedida colaboração da Unidade Funcional da Dor Aguda para ajuste de analgesia – iniciou paracetamol 1000 mg 6/6h, tramadol + droperidol em perfusão e morfina 3 mg em SOS. Posteriormente, apresentou evolução clínica favorável, com melhoria progressiva das queixas álgicas, regularização do trânsito gastrointestinal e sem perdas hemáticas objetiváveis. Teve alta sob corticoterapia em esquema de desmame, mesalazina tópica id, infliximab 10mg/Kg 8-8 semanas, gabapentina 100mg 3id e buprenorfina em penso transdérmico 8,75mcg/dia. No entanto, manteve as queixas álgicas em ambulatório e elevação dos marcadores inflamatórios (calprotectina fecal 1258ug/g). Assim, optou-se por iniciar tratamento com oxigenioterapia hiperbárica. O doente realizou um total de 60 sessões, sem intercorrências. Apresentou melhoria sustentada das queixas álgicas, com desmame progressivo da terapêutica analgésica. Analiticamente com descida progressiva dos marcadores inflamatórios. Realizou colonoscopia de reavaliação, que mostrou mucosa dos 10 cm distais com aspeto cicatricial, eritematosa e com alguns pseudopólipos dispersos, em franca melhoria face ao exame prévio. A RMN pélvica revelou discreto espessamento do reto, sem evidência de trajetos fistulosos.

Discussão: Os autores descrevem o caso de um doente com colite ulcerosa agudizada com proctalgia intensa refratária à corticoterapia e terapêutica biológica. Verificou-se uma melhoria franca das queixas álgicas, assim como da doença perianal, após tratamento com oxigenioterapia hiperbárica, permitindo uma diminuição progressiva da medicação analgésica. Este caso destaca o potencial papel da oxigenioterapia hiperbárica no tratamento da doença inflamatória intestinal refratária a terapêuticas convencionais.

(18647) - "TULIP-BUNDLE" TECHNIQUE FOR THE HEMOSTASIS OF A LARGE COLONIC DIVERTICULUM

Estevinho M M¹, Silva J C¹, Afecto E¹, Correia J¹, Pinho R¹; Freitas T¹

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Introduction: Colonic diverticular bleeding is the most common cause of lower gastrointestinal bleeding. Even though bleeding spontaneous arrests in up to 90% of the cases, endoscopic or surgical treatments may be required to control bleeding in severe episodes. Clipping and band ligation are the main endoscopic techniques, although rebleeding has been reported to occur in 5-40% and 10%, respectively.

Aim: We describe the use of the "tulip-bundle" technique for the hemostasis of a large sigmoid diverticulum.

Case summary: A 71-year-old male with history of hypertension and gastric adenocarcinoma diagnosed in 2015 and submitted to Y-Roux gastrectomy and adjuvant chemotherapy, was admitted to the emergency department due to large volume hematochezia and dizziness. He denied pain, fever, or other accompanying symptoms. He was not taking any medication apart from anti-hypertensives. Upon admission, heart rate was 90-110 bpm and blood pressure 91/60 mmHg; the remaining physical examination was unremarkable. Hemoglobin concentration was 9.4 g/dL (he had 14.3 g/dL 4 months earlier, in a routine evaluation), the other parameters were within the normal range. An ileocolonoscopy was performed in the first 24 hours, after bowel preparation. Blood residues were observed along the colon, as well as multiple diverticula, some large. In the sigmoid, a 25 mm diverticulum was observed, a large blood clot was adherent, but no active bleeding was detected. After careful clot removal with a water jet, a 4-mm pulsatile vessel was observed. Considering the dimensions of the diverticulum and the presence of stigmata of high rebleeding risk (nonbleeding visible vessel), it was decided to apply one through-the-scope (TTS) clip over the vessel and then to close the diverticular orifice in a "zipper-like" fashion with seven TTS clips. Finally, a detachable snare was applied over the TTS clips (tulip-bundle technique).

The patient remained hospitalized in the following 16 hours and no additional blood losses or fall in hemoglobin was registered. No intercurrents were registered in the following month of follow-up.

Relevance: Complete closure of colonic diverticula with TTS clips has been reported to associate with immediate and long-term hemostasis in above 90% of the cases, with no reported episodes of diverticulitis. We report, for the first time, the use of the "tulip-bundle" technique in the setting of diverticular bleeding, diversifying the therapeutic repertoire for his condition.

(18672) - AUTOIMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA IN A PATIENT WITH ULCERATIVE COLITIS TREATED WITH VEDOLIZUMAB

Temido M J¹, Lopes S¹, Graça A R¹, Trigo A¹, Silva A¹, Figueiredo P^{1,2}, Portela F^{1,2}

1 - Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is a blood disorder characterized by autoimmune (immunoglobulin G and/or M mediated) destruction of red blood cells. With an incidence of 1 per 100 000/year, this disease is most commonly secondary to an immunomodulated condition. The association between AIHA and inflammatory bowel disease (IBD) has been poorly investigated, but the incidence of this condition in this group of patients has been recognized to be higher than in the general population.

Objective: To report a case of AIHA in a patient with ulcerative colitis (UC) treated with Vedolizumab.

Case: We report a case of a 34-year-old woman with a 4-year history of left UC. The disease only extended to the left colon. The patient was firstly treated with mesalazine. There was also past medical history of prior episodes of acute pancreatitis of undetermined etiology, and sarcoidosis. The patient had previously been treated with Infliximab, but due to absence of response, initiated Vedolizumab. After this introduction, the UC was in clinical remission but with endoscopic activity (Mayo endoscopic subscore 2). Nine months after the initiation of Vedolizumab, the patient had a value of

5.8g/dL of hemoglobin in a routine analytical evaluation. Due to the absence of visible blood losses, other causes of anemia were suspected. The case was discussed with the Hematology department. Due to a positive result in the Coombs direct test, the diagnosis of AIHA was established. The patient initiated prednisolone firstly in a dose of 1mg/kg per day and after with 1.5mg/kg per day, with no response, with clinical and analytical worsening. The patient started having palpitations and severe fatigue. The value of hemoglobin was 4.9g/dL and lactate dehydrogenase (LDH), bilirubin and reticulocytes values were visibly worsening. Five days after treatment escalation to 2mg/kg per day of prednisolone without improvement, the patient started rituximab. Ten days after, Hb level, erythrocytes, and reticulocytes were improving.

Relevance: AIHA is characterized by auto-antibodies-mediated erythrocyte destruction. The diagnosis of an AIHA is based on the presence of anemia, hemolysis (hyper-reticulocytosis, elevation of indirect bilirubin, decrease of haptoglobin levels and high levels of LDH) and an autoimmune mechanism assessed by the Coombs Direct Test. In most cases AIHA is secondary to the activity of another immune-mediated disorder.

Up to 25% of patients with IBD have extraintestinal manifestations. The association between UC and AIHA has been scarcely reported, mostly in an active stage. Moreover, a few reports have already described an association between AIHA and Infliximab infusion. By contrary, to the best of our knowledge, this one of the first reports of a case of AIHA possibly associated with Vedolizumab. The presumptive diagnosis of a drug-induced AIHA is made if there is response to withdrawal of the drug. This was not present in our case, but there was also no response to corticosteroids, as there is in the majority of cases of AIHA.

This report highlights the importance of a high index of suspicion in patients with severe anemia and active IBD being treated with biologics. The differential diagnosis between inflammatory immunomediated activity or vedolizumab as the cause of the hemolytic anemia is complex and almost impossible to be established.

(18692) - DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO PLANA DO RETO JUSTA-ANAL – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Correia F¹; Alves A²; Martins A^{1,3}; Lourenço L C^{1,4}

1 - Serviço de Gastreenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

2 - Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Cuf Descobertas;

3 - Serviço de Gastreenterologia, Hospital Cuf Cascais;

4 - Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Tejo/ Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa

Apresentamos o caso de uma mulher de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade (IMC 39 Kg/m²), referenciada a consulta de Gastreenterologia por obstipação de longa data e episódios ocasionais de hematoquézias de sangue vivo pós-defecatórias. Negava quaisquer outros sintomas gastrointestinais, incluindo dor abdominal ou sintomas proctológicos. Foi medicada com terapêutica laxante oral, sem grande eficácia, havendo, frequentemente, necessidade de aplicação de enemas/clisteres. Realizou colonoscopia total que mostrava, no reto justa-anal, uma lesão plana, não granular, com cerca de 2 cm de maior diâmetro. A avaliação com cromoendoscopia virtual (NBI) não levantava suspeita para invasão da submucosa, mas revelava um padrão de superfície que colocava como principais hipóteses lesão serreada vs. lesão adenomatosa displásica. Por esse motivo, dispensou-se a realização de biópsias e a doente foi proposta para ressecção em bloco da lesão por disseção endoscópica da submucosa, atendendo à dimensão e localização da mesma. Durante a DES, verificou-se a presença de algum tecido fibroso na camada submucosa (em lesão não biopsada/excisada previamente), o que dificultou o procedimento, mas não impediu uma ressecção em bloco, sem complicações. Durante o *follow-up*, verificou-se uma melhoria das queixas de obstipação, com necessidade de manter apenas terapêutica laxante oral, em menor quantidade. A avaliação histológica da peça ressecada revelava alterações hiperplásicas e regenerativas do epitélio e colageneização e fibrose da lâmina própria, sendo estes achados compatíveis com síndrome da úlcera solitária do reto/síndrome do prolapso da mucosa. Não havia evidência de tecido displásico ou neoplásico.

A síndrome da úlcera solitária do reto ou síndrome

do prolapso mucoso é uma entidade benigna, pouco comum, cujas apresentações clínica e endoscópica podem ser muito heterogêneas. As úlceras do reto estão presentes em apenas 40% dos doentes, encontrando-se nos restantes casos, alterações endoscópicas que podem variar desde áreas de hiperémia da mucosa até lesões polipóides pseudo-tumorais.

Apresentamos o caso e respetiva iconografia de uma doente com uma lesão pseudo-tumoral do reto, inicialmente interpretada como lesão serreada/adenomatosa, mas cuja histologia foi fundamental para o verdadeiro diagnóstico. A melhoria do quadro clínico após DES tem sido uma característica descrita em vários relatos na literatura, apoiando este diagnóstico e reforçando o potencial papel terapêutico dessa técnica nesta entidade. Reforçamos a necessidade de um alto grau de suspeição para esta patologia, já que se pode manifestar por uma clínica muito frustrante, alterações endoscópicas discretas e achados histológicos pouco reconhecidos.

(18731) - SÍNDROME DE INTESTINO CURTO – RELATO DO PRIMEIRO CASO DE TEDUGLUTIDO

Marques P¹, Silva E¹, Brandão P¹, Silva A C¹, Sampaio M¹, Santos M¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O síndrome de intestino curto, definido como um comprimento de intestino delgado inferior a 200cm, é uma condição muitas vezes adquirida em consequência de ressecções intestinais extensas no contexto de isquemia. A falência intestinal crónica corresponde à dependência permanente de nutrição parentérica para assegurar o aporte nutricional necessário, ocorrendo entre outras situações, nos casos em que o intestino delgado é inferior a 100cm (na ausência de cólon) ou inferior a 60 cm de delgado, com válvula ileocecal e cólon preservados. Para além das dificuldades nutricionais e metabólicas destes doentes, o sobre crescimento bacteriano e as complicações associadas ao cateter central de longa duração destacam-se como principais complicações específicas desta patologia.

O teduglutido, um análogo de peptídeo-2 semelhante ao glucagon, eficaz no tratamento dos doentes com falência intestinal. Ao induzir a hiperproliferação das

vilosidades intestinais, melhora a capacidade intestinal de absorção de nutrientes e líquidos, induzindo o crescimento da mucosa e reduzindo a motilidade intestinal. A sua utilização associou-se à redução da necessidade de nutrição parentérica em doente com falência intestinal, estando descritos inclusive casos de autonomia da nutrição parentérica.

Objetivo: Descrever o primeiro caso selecionado para realização de teduglutido, num centro terciário com unidade de nutrição parentérica domiciliária.

Resumo do caso: Homem de 53 anos, com síndrome do intestino curto causado por trombose da artéria mesentérica superior em 2014 e 2015, atualmente com 60cm de jejuno, 10cm de íleon, válvula ileocecal e cólon, exceto sigmoide.

Iniciou programa de nutrição parentérica domiciliária, mantendo-se sob a mesma desde então, com otimização para três bolsas de nutrição parentérica total por semana. Do estudo etiológico para o contexto trombótico, com diagnóstico de deficiência de fibrinogénio, estando hipocoagulado.

Durante este período com múltiplas intercorrências, nomeadamente várias infeções de cateter venoso central com necessidade de troca do mesmo e 3 episódios de diverticulite, que culminaram em sigmoidectomia em 2020.

No presente ano, com várias complicações associadas a trombose de cateter, com trombose da veia subclávia, síndrome da veia cava superior e trombose da veia femoral direita. Submetido a recanalização e colocação de stent na veia cava superior, assim como colocação de filtro da veia cava para proteção embólica. Tentada construção de fistula arterio-venosa umerobasílica que trombosou.

Discutido caso e dado exaustão de acessos vasculares, decidido propor início de teduglutido. Previamente ao início do fármaco, o doente realizou estudo com colonoscopia, endoscopia e TC toraco-abdomino-pélvico para exclusão de neoplasia oculta, dado o efeito de fator de crescimento associado ao teduglutido.

Iniciou tratamento em Agosto de 2022, com um seguimento atual de cerca de 6 semanas. Até à data, sem evidência de complicações associadas à administração

de teduglutido (administrado 5mg/dia, subcutâneo). Mantém nutrição parentérica administrada três vezes por semana, aguardando-se desenvolvimentos posteriores quanto à possibilidade de redução ou autonomia completa da nutrição parentérica.

Relevância: O teduglutido é um fármaco eficaz na redução de necessidade de suporte parentérico em doentes com falência intestinal. A sua utilização pode permitir a autonomia de nutrição parentérica em doentes selecionados, com redução dos custos e das complicações associadas à falência intestinal.

(18757) - PROCTALGIA INCAPACITANTE ASSOCIADA A PROLAPSO CÓLICO NA ANASTOMOSE COLO-RECTAL APÓS RESSECÇÃO ANTERIOR DO RECTO COM TATME

Galvão D¹, Martins P², Sousa J A², Silva J P², Baía C², Pereira R³

1 - IPO – Porto, Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira.; 2 - IPO-Porto; 3 - Centro Hospitalar do Algarve

Introdução: A cirurgia poupadora de esfíncter tem vindo a ser utilizada de forma mais abrangente no tratamento do cancro do recto baixo permitindo menores taxas de estomas definitivos sem compromisso da qualidade de vida destes doentes.

As complicações associadas a esta cirurgia existem e têm um impacto muito relevante na qualidade de vida destes doentes. O prolapso da mucosa cólica na zona de uma anastomose colo-rectal após uma cirurgia poupadora de esfíncter, é uma complicação rara. A sua associação a sintomas anais como a proctalgia está descrita, mas não existem recomendações para a orientação destes doentes sendo o tratamento cirúrgico do prolapso muitas vezes a única solução encontrada.

Objetivo: Os autores pretendem partilhar a sua experiência com o caso de um doente que se apresentou com uma proctalgia intensa, incapacitante e refratária a vários tipos de medicação, após uma cirurgia poupadora de esfíncter para cancro do reto baixo. Esta partilha é feita de forma a que esta complicação seja salientada e que possa ser alvo de discussão entre pares na tentativa de encontrar algum tipo de abor-

dagem terapêutica que possa vir a ser usada em casos semelhantes que possam ocorrer no futuro de quem pratica este tipo de cirurgia.

Resumo do caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 54 anos, com antecedentes pessoais de DM Tipo 2, Dislipidemia e Cirurgia a Varizes dos MI's. Após PSOF positiva no Médico de Família realiza Colonoscopia que deteta uma lesão a 10 cm da margem anal, exóftica, friável ocupando 1/3 da circunferência. A lesão não era palpável ao toque rectal na consulta. A histologia revelou um Adenocarcinoma ulcerado moderadamente diferenciado. O estadiamento foi completado com uma RMN que localizou a lesão a 7 cm da margem anal, estadiando-a como um T3N+ com invasão de fásia meso-rectal, e com uma TC-Toraco-Abdomino-Pélvica que não evidenciou qualquer lesão suspeita à distância.

O doente foi discutido em Grupo Oncológico e foi proposto para Terapêutica Neoadjuvante Total.

Terminou a Neoadjuvância a 28-12-2021 e foi submetido a cirurgia no dia 26-1-2022. A neoplasia encontrava-se na face anterior do recto a cerca de 6 cm da margem anal sendo palpável no toque rectal no intra-operatório. O doente foi submetido a ressecção anterior do recto por laparoscopia tendo sido descritos fenómenos de fibrose e edema locais secundários à neoadjuvância. Como complicação intra-operatória houve lesão iatrogénica do recto, distalmente à neoplasia, razão pela qual optou-se por realizar TaTME para completar a cirurgia e realizar a secção do recto abaixo da perfuração. O doente realizou assim uma ressecção anterior do recto baixa laparoscópica com TaTME, anastomose colo-rectal termino-terminal mecânica e ileostomia derivativa. O pós-operatório imediato no internamento decorreu sem intercorrências e o doente teve alta ao sexto dia de pós-operatório no dia 1-2-2022.

O doente teve 2 vindas ao serviço de atendimento não-programado do IPO com queixas de proctalgia intensa e incapacitante, a primeira ao 13º dia de pós-op e a segunda, ao 18º dia pós-op. Esta última vinda acontece após 5 dias de terapêutica com paracetamol, ibuprofeno e tramadol de horário, e mesmo assim com

mau controlo algico e um impacto grande na sua qualidade de vida com perturbação do sono associada. Foi proposto então o internamento para controlo algico e iniciada antibioterapia empírica.

No internamento conseguiu-se controlo parcial da dor, no entanto o doente referia agravamento das queixas quando fazia levantar e alívio parcial com o decúbito. Teve alta ao 2º dia de internamento com melhor controlo algico, revisão da analgesia e pedidos uma recto-sigmoidoscopia e RMN pélvica a realizar em ambulatório. Realizou a recto-sigmoidoscopia flexível com progressão até aos 15 cm da margem anal, interrompida por presença de fezes e dor. Anastomose colo-rectal ampla aos 5 cm da margem anal observando-se 2 orifícios milimétricos sem trajeto. Mucosa do reto congestiva e friável com presença de muco. Descrito também um prolapso da mucosa cólica ao nível da anastomose observado *in loco* durante o exame, que despoletou dor intensa no doente nesse momento.

A RMN Pélvica não encontrou coleções pélvica nem alterações do aparelho esfínctérico, tendo sido encontradas alterações de sinal locais secundárias à cirurgia e aos tratamentos com radioterapia.

Foi assumido o prolapso cólico na anastomose colo-rectal exacerbado pela gravidade associada ao levantar, como causa para a proctalgia do doente. Por apresentar alívio com o decúbito, assumiu-se um prolapso reversível com baixo risco de isquemia da mucosa, algo que se verificou, pois, o quadro clínico resolveu de forma conservadora sem necessidade de intervenção cirúrgica. Nas consultas de seguimento aos 5 e 10 meses de pós-operatório o doente não voltou a referir novas queixas de proctalgia manifestando estar bem, sem dor e sem necessidade de medicação analgésica.

Relevância: O prolapso cólico na anastomose colo-rectal após uma ressecção baixa do recto com cirurgia poupadora de esfíncter é uma complicação raramente descrita neste tipo de abordagem mas que pode estar presente no pós-operatório destes doentes. Os sintomas peri-anais como a proctalgia intensa ou drenagem de muco pelo ânus ocorrem e podem ter um impacto incapacitante na qualidade de vida dos doentes.

É importante que os cirurgiões que realizem este tipo de

procedimentos estejam conscientes desta complicação e para os efeitos que esta tem na qualidade de vida e no pós-operatório destes doentes. Não existem recomendações na literatura para a abordagem terapêutica destes casos, pelo que a discussão entre pares é um valioso contributo para a orientação destes doentes no futuro.

COMUNICAÇÕES 3 MELHORES POSTERES

(18709) - ENUCLEAÇÃO DE GIST PARA-RETAL POR VIA DE KRASKE

Tavares A¹; Martins J¹; Amado A¹; Queirós T¹; Leite M¹; Pereira B¹; Cardoso J¹; Gandra L¹; Oliveira M¹; Cabral A M²

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;

2 - Hospital da Horta, EPE

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) representam os sarcomas mais comuns do trato gastrointestinal.¹

75% destes tumores têm mutação do gene KIT, e 10% têm mutação do gene PDGFRA.⁵ Estes tumores, de consistência frágil, surgem habitualmente na 7ª década de vida com um leque de sintomas variado, que depende do seu volume e do local onde surgem.^{2,6} Uma grande parte destes surge no estômago (cerca de 55%) e no intestino delgado (cerca de 30%), sendo as restantes localizações infrequentes. Apenas cerca de 2.5% surgem no reto.¹

A descoberta de mutações KIT nos GISTs levou à introdução do imatinib como terapêutica para esta patologia, o que resultou num aumento da sobrevida dos doentes. Em terapêutica contínua, existe evidência de que este fármaco é muito eficaz a diminuir, ou estabilizar, o volume destes tumores.^{1, 5} Na era pre-imatinib, os GISTs retais eram tratados muitas vezes com cirurgias radicais, incluindo com amputações abdominoperineais.^{3,4} Uma ressecção curativa era atingida apenas numa minoria dos doentes com doença metastática, os quais apresentavam uma sobrevida, em média, menor a 20 meses desde o diagnóstico.⁶ Nos últimos anos, o imatinib tem sido utilizado para o *downsize* de tumores localmente avançados e, assim, facilitar uma ressecção local R0 por via anterior ou posterior.^{3,4} A via de Kraske, uma técnica descrita inicialmente em 1885 para o tratamento cirúrgico de

neoplasias do reto, é uma via trans-sacroccígea que permite aceder ao espaço retro-retal.⁴ Esta abordagem evita a morbilidade associada a outros procedimentos, e pode ser uma mais valia nos GISTs, já que estes têm uma tendência a crescer extraluminalmente e raramente disseminam para gânglios linfáticos loco-regionais.⁷

Objetivo: Reportar um caso de um GIST retro-retal removido por via de Kraske.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico em formato poster.

Resultados: Um homem de 55 anos, com antecedentes de prostatectomia radical assistida por robô por um adenocarcinoma, realizou uma ressonância magnética pélvica por queixas de dor sacroccígea e dificuldade na defecação que tiveram início 24 meses antes, altura em que tinha sido submetido a uma hemorroidectomia de Milligan-Morgan. O relatório da ressonância relatava uma “volumosa lesão expansiva com 99 mm de maior eixo em topografia esquerda ao reto, mas na dependência da parede deste, envolvendo praticamente toda a fossa ísquio-retal, com componente exofítico (...) correspondendo muito provavelmente a um volumoso GIST a ser caracterizado por biópsia.(...)”

Na colonoscopia foi possível observar a obliteração quase total do lúmen do reto médio e distal, e por ecoendoscopia foi realizada biópsia da lesão por agulha fina. A histologia revelou compatibilidade com o diagnóstico de GIST (CD117 e DOG1 positiva). Foi pedido o estudo de mutações dos genes KIT e PDGFRA, que revelaram uma deleção no exão 11 do gene KIT, associada a sensibilidade ao tratamento com Imatinib. O doente foi também submetido a uma PET-FDG onde não foram evidenciados outros focos de avidéz para fluorodesoxiglicose para além da lesão já conhecida.

Após discussão em consulta de grupo multidisciplinar, o doente iniciou imatinib neoadjuvante, com boa tolerância e significativa redução das dimensões da lesão tumoral. Posteriormente, foi submetido a enucleação da lesão pela via de Kraske, que decorreu sem intercorrências, e manteve imatinib adjuvante. À data, o resultado

anatomopatológico da peça ainda não se encontra disponível.

Discussão/Conclusão: Os GISTs são tumores raros cujo diagnóstico e tratamento se têm alterado nos últimos anos. A introdução do imatinib alterou o tratamento desta patologia, com melhoria substancial do prognóstico dos doentes. A abordagem de Kraske permitiu uma boa exposição da lesão com a evicção dos riscos associados a outras abordagens.^{6,7}

REFERÊNCIAS

1. Ma GL, Murphy JD, et al. *Epidemiology of gastrointestinal stromal tumors in the era of histology codes: results of a population-based study.* Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Jan;24(1):298-302. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-14-1002. Epub 2014 Oct 2. PMID: 25277795; PMCID: PMC4294949.
2. Mucciarini C, Rossi G, et al. *Incidence and clinicopathologic features of gastrointestinal stromal tumors. A population-based study.* BMC Cancer. 2007 Dec 20;7:230. doi: 10.1186/1471-2407-7-230. PMID: 18096058; PMCID: PMC2241631.
3. Cavnar MJ, Wang L, et al. *Rectal Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) in the Era of Imatinib: Organ Preservation and Improved Oncologic Outcome.* Ann Surg Oncol. 2017 Dec;24(13):3972-3980. doi: 10.1245/s10434-017-6087-9. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29058144; PMCID: PMC5720861.
4. M. Aubert, D. Mege. *Kraske approach to retrorectal tumors: Surgical technique.* Journal of Visceral Surgery, 2022,159;3:229-233. ISSN 1878-7886, doi:10.1016/j.jvisurg.2022.01.009
5. Cavnar MJ, Seier K, et al. *Outcome of 1000 Patients With Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) Treated by Surgery in the Pre- and Post-imatinib Eras.* Ann Surg. 2021 Jan 1;273(1):128-138. doi: 10.1097/SLA.0000000000003277. PMID: 30946076; PMCID: PMC6774913
6. Gervaz P, Huber O, Morel P. *Surgical management of gastrointestinal stromal tumours.* Br J Surg. 2009;96(6):567-578. doi:10.1002/bjs.6601
7. Gervaz P, Huber O, et al. *Trans-sacral (Kraske) approach for gastrointestinal stromal tumour of the lower rectum: old procedure for a new disease.* Colorectal Dis. 2008;10(9):951-952. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01489.

(18740) - ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND CAPSULE ENDOSCOPY: AUTOMATIC CLASSIFICATION OF SMALL BOWEL AND COLON PREPARATION USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK

Cardoso P¹; Saraiva M M¹; Afonso J¹; Ribeiro T¹; Mendes F¹; Martins M¹; Cardoso H¹; Andrade P¹; Ferreira J P S²; Macedo G¹

1 - Centro Hospitalar São João;

2 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introduction: Capsule endoscopy (CE) allows minimally invasive inspection of the small bowel as well as the colonic mucosa (with *PillCam™* Crohn's Capsule), providing a panenteric assessment of the GI tract. An adequate bowel preparation is crucial for a conclusive CE exam and thus, the quality of bowel preparation is mandatory in CE reports. Different scales have been

applied for the evaluation of bowel preparation in CE videos, however their application is time-consuming and have a high interobserver variability. To date, no AI-based model has been developed for automatic evaluation of small bowel and colon preparation in CE exams.

Aim: We aimed to develop a Convolutional Neural Network (CNN) based model for automatic classification of bowel preparation in CE exams.

Methods: We developed, trained, and validated a CNN based on CE images. Each frame was labelled after a consensus of three experts in CE according to the quality of bowel preparation: excellent – $\geq 90\%$ of visible mucosa; satisfactory – 50 to 90% of visible mucosa; unsatisfactory – $< 50\%$ of visible mucosa. A training dataset was used for development of the model and the performance of the network was evaluated using an independent dataset. The CNN's output was compared to the classification provided by the experts. The performance of the CNN was measured by the area under the curve (AUC), accuracy, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values (PPV and NPV, respectively).

Results: For the small bowel analysis, a total of 5070 CE images were included: 1570 labelled as excellent bowel preparation; 2150 with satisfactory bowel preparation and 1350 with unsatisfactory bowel preparation. The model had an overall accuracy of 94.3%, a sensitivity of 93.6%, a specificity of 93.1%, a PPV of 92.6% and NPV of 95.7% for differentiation of classes of small bowel preparation. For the partial analysis of the colonic mucosa, a total of 59 CE exams were considered, with a total of 5774 frames used to develop the CNN. The model had an overall accuracy of 95.8%, a sensitivity of 92.7% and a specificity of 97.3% for differentiation of classes of colon preparation.

Discussion: We developed a CNN-based model for automatic classification of bowel preparation of both small bowel and colon mucosa based on a simple quantitative scale. The development of AI systems for automatic assessment of bowel preparation in CE may improve the reliability and reproducibility of bowel preparation scales.

(18621) - AVALIAÇÃO DA MELHORIA DE QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO INSTRUMENTAL DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Carvalho I M¹; Campelo P¹; Barros S¹; Relvas L¹; Gago T¹; Caldeira P¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A doença hemorroidária é uma das doenças mais comuns do trato gastro-intestinal inferior e as complicações relacionadas são uma das causas mais frequentes de procura de ajuda médica. Os sintomas associados à doença hemorroidária podem ocorrer de 5% a 50% da população adulta. O objetivo do tratamento passa por reduzir o fluxo sanguíneo para os plexos hemorroidários, obliteração parcial do plexo e formação de uma cicatriz de tecido conjuntivo que previne o seu prolapso. Este processo pode ser conseguido através de terapêutica médica e medidas comportamentais, instrumentalização ou intervenção cirúrgica nos casos graves ou refratários.

Objetivo: Realizamos um estudo prospetivo com o intuito de avaliar a melhoria dos sintomas e da qualidade de vida em doentes submetidos a terapêutica médica e instrumentalização com aplicação de bandas elásticas ou escleroterapia com polidocanol espumoso.

Métodos: Foram aplicados 2 questionários validados para a classificação de sintomas da doença hemorroidária (ECSDH) e escala de Saúde Curta da Doença Hemorroidária (SHS-HD) nos doentes observados em consulta de proctologia no primeiro semestre de 2022. Foram critérios de inclusão no estudo doentes com pelo menos uma avaliação inicial e uma subsequente no período em que este decorreu, com compreensão do intuito do estudo e preenchimento fiável das escalas.

Resultados e discussão: Foram selecionados um total de 24 doentes. Destes, foram excluídos 7 doentes por presença de comorbilidades confundidoras, como a fissura anal. Dos 17 doentes, 58.8% (n=10) foram submetidos a laqueação elástica e 41.2% (n=7) foram submetidos a escleroterapia. Entre os doentes avaliados, 94.1% (n=16) reportaram melhoria global dos sintomas. Destes, 76.5% (n=13) reportaram resolução total da hematoquécia e dor, enquanto os restantes 23.5% (n=3) reportaram diminuição da frequência destes sintomas.

58.8% (n=10) reportaram resolução total do prolapso e 35.3% (n=6) diminuição da frequência do prolapso. Apenas 1 doente reportou manutenção das queixas de dor, que associamos ao não cumprimento das medidas conservadoras e comportamentais. Em termos de qualidade de vida, todos os doentes reportaram melhoria significativa, principalmente nos componentes do “sentimento de bem-estar geral” e “interferência nas atividades de vida diárias”.

Conclusão: O nosso estudo demonstra uma melhoria global de sintomas e qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento instrumental associado às medidas médicas, enfatizando a importância de privilegiar uma abordagem combinada no tratamento da patologia hemorroidária. Salientamos, contudo, o facto de serem dados preliminares de um estudo prospetivo em curso para o estudo da melhoria de qualidade de vida na doença hemorroidária.

(18657) - QUANDO E COMO RECONFECIONAR UMA ANASTOMOSE COLOANAL ESTENÓTICA?

Sampaio M^{1,2}; Silva E¹; Brandão P^{1,2}; Silva C^{1,2}; Santos M D^{1,2,3}

1 - Unidade de Cirurgia colorretal, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - UMIB – Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, ICBAS – Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto;

3 - ITR – Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional

Introdução: A estenose anastomótica após proctectomia com anastomose coloanal manual é uma complicação cujo tratamento é um desafio e raramente eficaz. A abordagem endoscópica é o tratamento de primeira linha para estenoses curtas, enquanto a cirurgia é o tratamento preferencial para estenoses longas e na falência da abordagem endoscópica. A seleção da melhor opção cirúrgica é complexa e limitada pela escassez de informação.

Objetivo: Apresentação dum caso clínico de estenose isquémica de anastomose coloanal manual tratada com reconfeção de anastomose com abordagem de York Mason.

Resumo do caso: Homem, 56 anos, IMC 37,5 Kg/m², com adenocarcinoma do recto baixo, cT3cN2M0, submetido a quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de

proctomia laparoscópica com anastomose coloanal manual com ileostomia de proteção e quimioterapia adjuvante. 4 meses após a cirurgia, detetou-se estenose anastomótica completa, com lúmen indetetável ao exame digital ou endoscópico. O estudo imagiológico identificou cólon esquerdo com mobilização completa, com lúmen patente até ao nível do coccix, sem sinais de isquemia, e sem sinais de recidiva oncológica. Dez meses após a proctomia, perante uma estenose tardia, curta e completa, optou-se por abordagem de York Mason Modificada para reconfeção da anastomose coloanal manual. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com clister opaco sem fugas, motivo pelo qual a ileostomia de proteção foi encerrada. No seguimento a longo prazo manteve continência para fezes.

Relevância: Apesar da estenose anastomótica ser curta, era necessária uma abordagem cirúrgica por se tratar duma estenose completa e sem cicatriz passível de abordagem endoscópica. Para evitar a morbilidade duma abordagem abdominal optou-se pela reconfeção de anastomose por abordagem de York Mason Modificada.

Conclusão: A reconfeção da anastomose coloanal manual pela via de York Mason, pode ser uma alternativa eficaz para o tratamento da estenose anastomótica curta, sem tensão e com o cólon bem vascularizado.

(18716) - RETALHO DE AVANÇO TIPO "HOUSE FLAP" – UMA MAIS-VALIA

Rodrigues C¹; Magno L²; Silva C²; Frutuoso L²; Matos M L²; Costa J²; Nora M²

1 - Hospital da Horta;
2 - CHEDV

Introdução: A anoplastia com retalho de avanço cutâneo pode ser utilizada no tratamento de várias doenças anorretais. O retalho de avanço tipo "house flap", cuja designação traduz a sua forma, tem alcançado excelentes resultados. Como principal indicação destaca-se o tratamento da estenose anal grave. No entanto, este tem-se mostrado uma mais-valia na cobertura de defeitos secundários à exérese de lesões pré-malignas/malignas do canal anal e perineo.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, submetido a exérese de uma lesão do canal anal

sugestiva de se tratar de um condiloma, com diagnóstico incidental de carcinoma de células escamosas verrucoso, com margens insuficientes. Neste contexto, foi submetido a alargamento de margens com encerramento do defeito com um retalho de avanço tipo "house flap". Registou-se cicatrização do local cirúrgico às 2 semanas de pós-operatório, sem complicações neste período, com excelente resultado estético e funcional.

Conclusão: O retalho de avanço tipo "house flap" é simples e fácil de executar. Pode ser utilizado em várias doenças anorretais com excelentes resultados e poucas complicações, pelo que deverá constar no armamentário de todos os coloproctologistas.

(18743) - COLECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA CECO-RETAL

Freitas A¹; Quintanilha R²; Faustino A¹; Martins A B¹; Acosta D¹; Leite M I¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada;
2 - Hospital do Espírito Santo em Ponta Delgada

Introdução/Objetivo: Desde a sua introdução em 1908, a colectomia total com anastomose ileorectal (CT-AIR) tornou-se o procedimento mais adotado no tratamento cirúrgico da obstipação de trânsito lento. No entanto, devido ao aumento da incidência de incontinência fecal pós-operatória, oclusão intestinal, diarreia e dor abdominal e consequente diminuição na qualidade de vida pós-operatória dos doentes, Leopoldo Sarli desenvolveu a colectomia subtotal com anastomose antiperistáltica ceco-retal (CST-ACR).

Material e métodos: Exposição da técnica cirúrgica laparoscópica (CST-ACR) e comparação dos resultados com a CT-AIR, com base na literatura.

Resultados: A técnica cirúrgica e sequência de mobilização na CST-ACR são idênticas à CT-AIR à exceção da preservação do pedículo ileocólico e os ramos para o cego; secção do cólon ascendente 5-7cm acima da válvula ileocecal; apendicectomia e ceco-proctostomia antiperistáltica intracorpórea mecânica.

Discussão/Conclusão: A obstipação de trânsito lento é uma patologia da motilidade comumente encontrada pelo cirurgião coloretal. O tratamento primário engloba

medidas conservadoras (farmacológica, ajustes dietéticos) no entanto, doentes com patologia refratária devem ser propostos para cirurgia. Das várias alternativas cirúrgicas existentes, sobressaem a CT-AIR e CST-ACR. Da apreciação da literatura existente, a técnica CST-ACR aparenta apresentar melhores resultados (resolução de dor, distensão abdominal e obstipação e menor incidência de incontinência fecal) ainda assim, são necessários mais estudos prospetivos comparativos de resultados a longo prazo para determinar superioridade de uma das técnicas

(18681) - NEOPLASIAS MUCINOSAS DO APÊNDICE – 7 ANOS DE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Guidi G¹; Marques R¹; Marques C¹; Freitas F¹; Oliveira A¹; Próspero F¹; Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: As lesões mucinosas apendiculares são uma condição rara, com ligeiro predomínio nas mulheres (<55%), diagnosticadas nas 6^a/7^a décadas de vida.

Estas lesões caracterizam-se pela dilatação progressiva do apêndice pela acumulação intraluminal de mucina (benigna ou maligna) cuja distinção apenas pode ser confirmada por histologia.

Podem ser classificadas como não neoplásicas (mucocelo simples) ou neoplásicas (lesões serreadas, neoplasias mucinosas apendiculares de baixo grau (LAMN), neoplasias mucinosas apendiculares de alto grau (HAMN) e adenocarcinomas mucinosos).

A abordagem desta patologia depende do timing do diagnóstico, com necessidade frequente de decisão intra-operatória face à ausência de caracterização histológica prévia, representando até 0.3% das apendicectomias por apendicite aguda.

Objectivo: Analisar a casuística do serviço para ressaltar a importância da suspeita diagnóstica e sua orientação, uma vez que se trata de uma patologia rara com que os cirurgiões se deparam usualmente de urgência.

Material e métodos: Recolha de dados de todas as neoplasias mucinosas apendiculares submetidas a apendicectomia e Hemicolecotomia direita (urgentes ou eletivas) entre Janeiro de 2015 e Dezembro 2021. Análise de variáveis como: forma de apresentação, alterações

ao exame físico, antecedentes pessoais, resultado dos meios complementares de diagnóstico assim como das peças histológicas e seguimento destes doentes após o diagnóstico.

Resultados: Identificamos 27 neoplasias mucinosas apendiculares (17 LAMN, 1 HAMN, 3 lesões serreadas, 6 adenocarcinomas) operadas no nosso Centro Hospitalar.

A grande maioria apresentava como queixa principal dor abdominal na fossa ilíaca direita.

17 doentes foram submetidos a cirurgia electiva e 10 submetidos a cirurgia urgente.

Apenas 6 tinham como diagnóstico pré-operatório a suspeita de apendicite aguda (todos submetidos a cirurgia urgente).

Conclusão: As neoplasias mucinosas do apêndice são um grupo heterogéneo de tumores cujo tratamento é baseado no timing do diagnóstico (não suspeita, suspeita ou confirmada) bem como do regime (urgência ou eletiva) com especial atenção às consequências da perfuração tumoral. O conhecimento das diferentes variáveis histológicas é relevante para uma abordagem concertada e estratificação do risco.

E-Posters

(18486) - DOENÇA DE PAGET PERIANAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ventura S¹, Carvalho A¹, Rodrigues C¹, Domingues A¹,
Cancela E¹, Silva A¹

1 - centro hospitalar tondela-viseu

A doença extramamária de Paget é uma malignidade cutânea rara que afeta as áreas com uma elevada concentração de glândulas apócrinas. Sendo frequentemente diagnosticada tardiamente, esta patologia é também um desafio terapêutico.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença coronária isquémica e dois abscessos perianais há mais de 10 anos, um dos quais drenado cirurgicamente. Observado por Gastrenterologia no contexto de realização de colonoscopia pedida na consulta de Cirurgia Geral, onde era seguido por prurido anal com cerca de 20 anos de evolução e retorragias de início recente. Ao exame objetivo apresentava-se com placa eritemato-esbranquiçada de limites bem definidos, ligeiramente exsudativa e de aspeto verrucoso na região perianal. O diagnóstico definitivo foi possível por biópsia por punção da lesão referida efetuada por Dermatologia. Foi realizado estudo complementar, nomeadamente colonoscopia total, que não revelaram presença de neoplasia colorretal. Em decisão multidisciplinar e em conjunto com o doente, foi decidida terapêutica tópica (fotodinâmica).

A doença de Paget perianal, muitas vezes subdiagnosticada, pode associar-se a neoplasias colorretais. Apresentamos este caso pela sua raridade, a fim de alertar para este diagnóstico.

(18503) - O VOLVO QUE VEIO DO MAR

Vale M J¹, Madeira B¹, Costa T¹, Bispo S¹

1 - Hospital de Sousa Martins - U.L.S. Guarda, E.P.E.

Introdução: Os doentes com patologia psiquiátrica constituem um desafio quanto à anamnese e exame objetivo. Esta dificuldade é mais significativa quando, no decurso de um internamento por agravamento de uma patologia prévia, surge uma intercorrência que justifica a avaliação cirúrgica.

Objetivo: Pretende-se demonstrar que a avaliação cuidada dos doentes coadjuvada com os exames complementares é essencial, devendo manter-se criatividade ao estabelecer diagnósticos diferenciais, em particular quando parece existir incongruência nos dados.

Resumo: Um doente de sexo masculino, 78 anos, foi admitido pelo serviço de urgência com pneumonia adquirida na comunidade, na sequência de sessão de radioterapia realizada 5 dias antes por carcinoma epidermóide do pulmão, estágio IIA. Como antecedentes destacam-se esquizofrenia, sequelas de craniectomia por hematoma subdural hemisférico esquerdo e sigmoidectomia laparoscópica em 2020 por adenocarcinoma de baixo grau. A medicação habitual inclui haloperidol decanoato, clorpromazina, carbamazepina, diazepam, tri-hexifenidilo, ácido acetilsalicílico e enalapril.

No 5º dia de internamento foi solicitada avaliação por cirurgia por distensão e desconforto abdominal, com obstipação intermitente. A radiografia abdominal revelou distensão cólica muito marcada, sugerindo a tomografia computadorizada volvo intestinal, sem evidência de pneumoperitoneu ou alterações de perfusão da parede do cólon. Foi colocado enteroclitor com aparente resolução do quadro clínico. Três dias depois foi solicitada reavaliação por agravamento. Ao exame objetivo o doente apresentava novamente distensão abdominal, com dor moderada difusamente à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque retal identificou-se ampola distendida, com presença de corpos estranhos em número de 3, acima dos quais

se encontrava abundante conteúdo líquido e gasoso que se exteriorizou facilmente. Com recurso a sonda de Folley e insuflação do balão, foi possível retirar um dos corpos estranhos, verificando tratar-se de metade de uma concha de bivalve com cerca de 5x3 cm. Posteriormente realizou colonoscopia com remoção de mais uma concha e fragmentos de espinhas. Permaneceu um corpo estranho por impossibilidade de remoção. Alta ao 14º dia após resolução do quadro infeccioso que justificou o internamento, sem queixas abdominais.

Relevância: O reto e o esófago são as localizações mais frequentes de corpos estranhos no tubo digestivo, dependendo das complicações do tipo de objeto e da sua localização. Cerca de 80-90% dos que atingem o estômago conseguem exteriorizar-se sem intervenção adicional. Nem sempre há uma história sugestiva e as manifestações clínicas são variáveis – dor, hemorragia, prurido, obstrução intestinal e/ou abscesso. A radiografia e a tomografia computadorizada permitem o diagnóstico e localizam o corpo estranho, devendo a opção terapêutica ser ajustada a cada situação.

(18504) - FOREIGN BODY IMPACTION BETWEEN DIVERTICULA: AN UNCOMMON CAUSE OF CHRONIC ABDOMINAL PAIN

Santos L¹, Gravito-Soares M¹, Gravito-Soares E¹, Figueiredo P¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A 77-year-old woman with a medical history of hypertension and dyslipidemia was admitted for colonoscopy due to long-term abdominal pain. During the procedure, a sharp cylindrical foreign body was identified in the sigmoid colon, imprisoned in two diametrically opposite diverticular orifices, with purulent drainage and exuberant reactive inflammatory tissue in each diverticulum. Careful mobilization from both diverticular orifices into the colon lumen and safety removal were performed using a rat tooth forceps, without intercurrents. The removed foreign body corresponded to a chicken bone about 3 cm in size. The plain abdominal X-ray had no evidence of pneumoperitoneum. Empirical antibiotic therapy was started with complete resolution of abdominal pain during follow-up.

Most foreign bodies lodged in the colon are treated conservatively as they typically pass without intervention, however, they can cause damage to the colonic mucosa and lead to perforation or infections, namely peritonitis, peritoneal abscesses, and fistulas. International guidelines are unclear regarding the endoscopic management of lower gastrointestinal foreign bodies.

This case report represents a successful endoscopic retrieval of a long-term symptomatic colonic foreign body that prevented additional damage and eventual complications, avoiding surgery with significant morbidity and mortality.

(18509) - PLASTIA DO CORPO PERINEAL POR LACERAÇÃO DO PERÍNEO GRAU 4 PÓS-PARTO DISTÓCICO: EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

Selemane C¹

1 - Hospital Central de Maputo

Introdução: O trauma obstétrico é a causa mais comum de destruição do copro perineal e incontinência fecal. A incontinência determina importante morbidade e impacto psicossocial. Laceração perineal é um rompimento não intencional da pele e outras estruturas dos tecidos moles que, nas mulheres, separam a vagina do ânus. As lacerações perineais ocorrem principalmente em mulheres como resultado do parto vaginal, que estica o períneo, causando fissuras. O tratamento está em dependência da magnitude da incontinência.

Relato do caso: Paciente de 32 anos, primigesta. Tem antecedentes de não ter realizado todas as consultas pré-natais. Teve parto, em 2019, numa unidade sanitária periférica. Descreve que durante o parto teve laceração da vagina porque o bebé era muito grande. Não foi feita reparação imediata, tendo tido alta, para posterior seguimento nas consultas. Evoluiu com perda descontrolada de gases e fezes e, destruição do espaço entre a vagina e o ânus. Sem doenças associadas. Sem antecedentes cirúrgicos

Ao exame objetivo: bom estado geral. Exame proctológico – realizado na posição ginecológica - apresentava destruição completa do corpo perineal, e grau acentuado de hipotonia do complexo esfíncteriano anal. Rectoscopia – sem alterações significativas.

Foi feita colpoperineoplastia/reconstrução ano-vaginal. Não houve complicações no pós-operatório.

Discussão e Conclusões: Até ao momento, o Serviço já realizou 8 reconstruções ano-vaginais. Só um caso desenvolveu infecção da ferida operatória que foi tratada e cicatrizou por segunda intenção. Só em dois casos foi necessário fazer colostomia, no início da curva de aprendizagem. No final de de 3 anos de seguimento, as pacientes registaram clara melhoria da auto-estima e recuperação satisfatória da continência esfinteriana anal. O trauma obstétrico continua a ser uma realidade em países em vias de desenvolvimento, como Moçambique. A escassez de médicos especialistas, Cirurgiões ou Gineco-obstetras, por um lado, e embora a maioria das lesões perineais sejam tratadas por obstetras e ginecologistas ou cirurgiões, é importante que os médicos de clínica geral compreendam seu tratamento no caso de uma paciente apresentar-se à unidade sanitária periférica com preocupações durante o período pré-natal ou pós-parto.

(18510) - CORPO ESTRANHO NO RECTO: INGESTÃO DE VIDRO

Selemane C¹

1 - Hospital Central de Maputo

Introdução: A presença de corpo estranho no recto e canal anal é uma ocorrência frequente, particularmente em pacientes psiquiátricos e usuários de objectos “sexuais/eróticos”. O diagnóstico costuma ser atrasado devido ao constrangimento do paciente e à relutância em procurar ajuda médica, o que pode aumentar a probabilidade de complicações. O objectivo da avaliação clínica é identificar o tipo, número, tamanho, formato e localização do corpo estranho. O manejo dos corpos estranhos varia muito em função da natureza e localização exacta do objecto em causa. A remoção de corpos estranhos rectais retidos requer experiência, com atenção especial aos diferentes métodos de extração de vários objectos. A maioria dos corpos estranhos rectais retidos pode ser extraída com sucesso transanalmente sob anestesia apropriada e apenas uma pequena proporção, principalmente casos de perfuração, peritonite evidente, sepse pélvica ou falha na extração transanal, exigirá cirurgia aberta ou laparoscopia.

Relato do caso: Neste relato, pretendemos apresentar o caso de um paciente de 24 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes de distúrbios psiquiátricos (perturbação psicótica polimorfa com sintomas esquizofrénicos), seguido na Psiquiatria, mas, não faz tratamento regular.

Foi admitido na urgência e internado com história de ingestão de fragmentos de vidro. Ao longo do internamento evoluiu com obstipação.

Conduta: remoção instrumental do fecaloma e fragmentos de vidro impactados no recto e canal anal. Paciente evoluiu bem, sem complicações.

Discussão e Conclusões: Este caso representou um desafio de manejo particularmente difícil condicionado pelo quadro psiquiátrico do doente que estava em sofrimento álgico assinalável. Entretanto, a relação médico-paciente e médico-familiar do paciente, mostrou ser muito eficaz para que se lograsse um desfecho favorável. Desenvolveu rectorragia secundária as lacerações causadas pela remoção dos vidros, mas foi controlada durante o internamento. Rx de control não apresentou alterações e o doente teve alta sem queixas.

É fundamental que haja um algoritmo de manejo de corpos estranhos no recto e canal anal. Este algoritmo deve incluir alguns aspectos importantes como o relacionamento clínico-paciente, encaminhamento cirúrgico precoce, evitar a extração à beira do leito na sala de emergência e, exame precoce sob anestesia.

(18514) - CARCINOMA DO CÓLON – HISTOLOGIA RARA

Lomba-Viana H¹, Queiroz H¹, Correia A¹, Silva J¹, Gonçalves G², Moura A³, Carvalho I³, Mesquita T³, Aroso M³

1 - Serviço de Gastrenterologia - Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto (D. Pedro V);

2 - Serviço de Medicina Interna - Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto (D. Pedro V);

3 - Serviço de Cirurgia - Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto (D. Pedro V)

Introdução: O carcinoma do cólon de células em anel de sinete é um subtipo raro de adenocarcinoma mucinoso, que ocorre em menos de 1% dos carcinomas do cólon e recto, com maior incidência no sexo feminino.

A localização mais frequente é o cólon ascendente,

normalmente com aspecto plano, de difícil detecção endoscópica. Raramente ocorrem na forma de pólipo ou de carcinoma “in situ”. Apenas 3% dos casos são detectados em fase inicial, Estadio I, sendo 87% deste tipo de carcinomas detectados nos Estádios III e IV.

O carcinoma de células em anel de sinete do cólon pode estar associado à existência prévia de carcinoma lobular, ductal, mucinoso ou colóide da mama.

É um tumor muito agressivo, com alta taxa de recorrência local (30%). A sobrevida aos 5 anos é de 8%.

A terapêutica curativa indicada é a ressecção cirúrgica, quando possível.

Objetivo: Alertar para a presença de um tipo de histologia raro num carcinoma do cólon e a sua relação com outras neoplasias.

Resumo do caso: Apresenta-se o caso de uma Doente de 63 anos de idade, natural e residente no Porto, a quem foi pedida uma colonoscopia de rastreio em Dezembro de 2017. Foi detectada uma lesão polipoide de base larga com 30 mm de diâmetro, no cólon transversal proximal. Realizada mucosectomia e tatuagem cólica do local. A histologia revelou: “adenoma tubulo-viloso com displasia de baixo grau”.

Nos antecedentes pessoais havia a mencionar: carcinoma da mama esquerda em 2001, tratado com cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia; histerectomia total com anexectomia bilateral em 2003, por patologia benigna; e carcinoma da mama direita em 2016, tratado com cirurgia, radioterapia e hormonoterapia.

Em Maio de 2019 efectuou colonoscopia de vigilância. Foi detectada uma lesão plana, que ocupava 1/3 da circunferência cólica, no mesmo local da mucosectomia prévia. Foram efectuadas biopsias endoscópicas cuja histologia revelou: “adenocarcinoma com células em anel de sinete. A pesquisa de diferenciação neuroendócrina foi negativa”.

Efectuou TAC toraco-abdomino-pélvica que não revelou qualquer alteração.

Foi submetida a hemicolectomia direita alargada. O exame histológico da peça operatória mostrou tratar-se de um adenocarcinoma do cólon, com células em anel de sinete: pT1 pN0 R0 G3 alto grau.

Efectuou quimioterapia adjuvante com capecitabina em

monoterapia, quatro ciclos, que terminou em Outubro 2019.

A Doente, em Junho de 2022, está assintomática, a fazer tamoxifeno oral, com estudo analítico e radiológico sem alterações, em follow-up de carcinoma do cólon e de carcinoma bilateral da mama, nas consultas de Oncologia Médica e de Cirurgia Geral.

De referir que a Doente foi submetida a cirurgia por carcinoma da mama esquerda em 2001 e da mama direita em 2016. Este último era um carcinoma ductal invasor, do tipo não especial, grau 2 (moderadamente diferenciado) de Bloom e Richardson. Havia a presença de lesões de carcinoma ductal “in situ” de grau nuclear intermédio/alto grau, no nódulo tumoral e na periferia profunda, invasão de vasos linfáticos no parênquima mamário e micrometástase com 1,5 mm de maior diâmetro no gânglio linfático sentinela.

Relevância:

- 1 – A presença de um tipo de histologia raro num carcinoma do cólon
- 2 – A detecção deste carcinoma numa fase inicial, o que só acontece em 3% dos casos
- 3 – A existência de cirurgias prévias por carcinomas das duas mamas, nomeadamente carcinoma ductal invasor, vem realçar a correlação entre esse tipo de carcinoma e o carcinoma de células em anel de sinete do cólon
- 4 – O facto de ter sido possível efectuar uma terapêutica cirúrgica do tumor do cólon, numa fase inicial, faz com que o prognóstico e evolução clínica sejam favoráveis

(18516) - LIFE-THREATENING CYTOMEGALOVIRUS COLITIS IN AN ELDERLY IMMUNOCOMPETENT PATIENT

Santos L¹, Graça A R¹, Gama J¹, Lopes S¹, Figueiredo P¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Cytomegalovirus (CMV) colitis is an uncommon condition in immunocompetent hosts, with a challenging diagnosis that requires a high level of clinical suspicion. Targeted treatment should be considered to improve the outcome in severely ill patients.

Case report: An 81-year-old woman with a medical history of atrial fibrillation, hypertension, and dyslipidemia was admitted to the emergency department by

hematochezia, diarreia, and nonspecific abdominal pain with two weeks evolution. On examination, she was hypotensive and tachycardic. Blood tests showed raised inflammatory parameters and anemia. An urgent contrast-enhanced abdominal CT was performed that excluded mesenteric ischemia and revealed a left-sided colonic wall thickening in association with pericolic fat stranding. After hemodynamic resuscitation, a colonoscopy was performed with evidence of multiple and oval, well-delimited, non-bleeding ulcers with normal perilesional mucosa, between the sigmoid and the transverse colon (Fig. 1), in which biopsies were performed. Histologic analysis showed the typical intranuclear inclusions associated with CMV and the immunohistochemical staining confirmed the diagnosis (Fig. 2). Underlying immunosuppression was excluded. Treatment with intravenous ganciclovir 5 mg/kg was started with clinical stabilization and the patient was discharged under oral treatment with valganciclovir 900mg for three more weeks, without symptomatic recurrence.

Conclusion: This case report represents the successful management and treatment of a severe case of CMV colitis in an immunocompetent patient, avoiding significant morbidity and mortality.

(18517) - SÍNDROME DE LYNCH – EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DIFERENCIADA

Oliveira A¹, Almeida M¹, Sousa J V¹, Sousa F¹, Baptista M¹, Barbosa J¹, Barbosa E¹

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João

A síndrome de Lynch é uma das síndromes de suscetibilidade ao cancro mais comuns. Existe um risco de neoplasia colorretal de 50% a 70% ao longo da vida, 40% a 60% do endométrio e há um risco aumentado de vários outros, como neoplasia do ovário, estômago, trato urotelial, intestino delgado, pâncreas, vias biliares e neoplasias sebáceas da pele. O teste genético é de extrema importância, uma vez que o Síndrome de Lynch é causado por mutações germinativas nos genes de mismatch repair do DNA.

Foram incluídos todos os pacientes da nossa consulta de alto risco de tumores digestivo e obtivemos os seguintes resultados: Um total de 231 pacientes, 56,3% do sexo

feminino. Os primeiros sintomas foram principalmente cancro colorretal (77%), sendo a maioria dos casos do cólon direito, seguido por neoplasia do sigmóide. Dos restantes sintomas inaugurais: 13% endometrial, 6,9% gástrico e 3% trato urotelial. Dos doentes avaliados, 26% são probandos; 68,8% cumprem os critérios de Amsterdão e 60% os critérios de Bethesda. Em relação às mutações, foram encontrados os seguintes casos: 51,1% mutação do MSH2; 30,7% do MLH1; 18,2% do MSH6; 6,5% do PMS2.

Em relação aos portadores assintomáticos, encontramos 55,8%. Quando sintomático, o cancro colorretal foi o mais frequente, principalmente no sigmóide. Seguido por cancro do endométrio e gástrico. Houve 7 casos de carcinoma urotelial e 13 casos de neoplasias sebáceas da pele. 15,2% dos pacientes optaram pela cirurgia de redução de risco. Em 10,4% dos casos houve recidiva e em 4,8% mortalidade relacionada com a doença. Infelizmente, perdemos o seguimento de 19% dos casos.

Os nossos dados são semelhantes aos descritos na literatura. O rastreio da síndrome de Lynch baseou-se principalmente em critérios baseados na história familiar, que podem identificar de forma imprecisa a elegibilidade para o rastreio em 25% a 70% dos casos. O padrão atual é uma abordagem de rastreio universal: instabilidade de microssatélites e teste imuno-histoquímico em todas as amostras de cancro colorretal e endometrial. É importante identificar os pacientes que beneficiariam de aconselhamento genético e testes germinativos para diagnosticar e tratar lesões pré-malignas ou em estadios iniciais. Com as novas diretrizes internacionais, há uma grande probabilidade do número de pacientes diagnosticados com Síndrome de Lynch aumentar no futuro. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer em relação ao rastreio desta patologia.

(18519) - EXPERIÊNCIA ERAS DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO DE LISBOA

Rebelo F C¹, Rocha F¹, Amaral J¹, Matos C¹, Tomás S¹, Cabeleira A¹, Ferreira M¹

1 - hospital de Cascais

O ERAS - *Enhanced Recovery After Surgery* é o *standard of care* na abordagem cirúrgica de patologia colorectal. O objectivo deste trabalho é avaliar a implementação do projecto nos doentes propostos para cirurgia colo-rectal de um hospital periférico português.

Foram recolhidos dados dos doentes operados electivamente ao abrigo do programa ERAS desde Dezembro de 2018 até Março de 2022, inclusive (n=182) - nomeadamente: sexo, idade, ASA score, a patologia, procedimento cirúrgico, taxa de conversão, tipo histológico, o tempo de internamento, as complicações e necessidades de re-intervenção. A análise estatística descritiva foi efectuada usando SPSS 27^a edição.

Relativamente aos resultados é de destacar que a duração média de internamento foi 7,8 dias, e a média de idades de doente operados de 67,8 anos. Taxa de conversão de 22%. De todos os doente submetidos a cirurgia, cerca de 24,8% (n=27) necessitaram de estoma - uns de carácter definitivo e outros de carácter temporário. De referir que foram ressecados 112 adenocarcinomas (61,5%) entre outros tipos histológicos, sendo os restantes casos referentes a outras lesões tumorais ou doença diverticular.

Esta avaliação retrospectiva serviu para uma reflexão no grupo de cirurgia colo-rectal, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e implementar uma avaliação prospectiva.

(18526) - TAILGUT CYST – UM RARO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR

Ferreira A T¹, Silva A C², Pereira-Guedes T¹, Pedroto I³, Castro-Poças F³

1 - Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

3 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

O espaço pré-sagrado, também conhecido como espaço retro-retal, pode ser sede de desenvolvimento de várias condições benignas e malignas, a maioria na forma de

massas. Estas são raras e o seu diagnóstico e orientação podem ser difíceis de gerir.

O tailgut cyst, também conhecido como hamartoma cístico retro-retal, é uma malformação congénita rara (1:40.000 admissões hospitalares) que se apresenta no espaço pré-sagrado, como remanescente do intestino posterior embrionário. Esta lesão é habitualmente assintomática e pode ser diagnosticada em qualquer idade, embora geralmente o seja entre os 30 e 60 anos, sendo mais frequente no sexo feminino (5:1). Os hamartomas císticos retro-retais caracterizam-se por se tratarem de lesões císticas multiloculadas, geralmente de grandes dimensões, sendo importante referir que o seu risco de degenerescência maligna não é desprezável – em certos estudos supera os 25%.

Com este trabalho, apresentamos um caso de um hamartoma cístico retro-retal (tailgut cyst), um diagnóstico raro mas que deve ser considerado nos casos de lesões císticas perirretais.

Uma mulher de 57 anos, sem antecedentes de relevo ou queixas gastrointestinais, foi enviada à nossa consulta por presença de lesão subepitelial aos 5cm da margem anal, evidenciada durante uma colonoscopia de rastreio. Ao toque retal, era perceptível uma lesão ovalada, endurcida, localizada no quadrante posterior lateral-direito, com cerca de 2cm.

Para esclarecimento da lesão, realizou-se uma ressonância magnética, que mostrou, a 5cm da margem anal, uma lesão de dimensões 25x28x29mm, de topografia extraparietal, moldando e desviando a parede do reto, condicionando abaulamento da mesma; tratava-se de uma lesão de contornos bem definidos, sendo o seu conteúdo central heterogéneo, com ligeiro hipersinal em T2 e sem realce, favorecendo a sua natureza quística não pura; à periferia, apresentava uma parede fina e captante. Foi realizada adicionalmente punção/biópsia guiada por ecoendoscopia.

A ecoendoscopia mostrou, na parede póstero-lateral direita aos 5cm da margem anal, uma lesão heterogénea, predominantemente hiperecogénica com padrão “grumoso/granular”, alternando com áreas anecoicas/hipoecoicas; os seus bordos eram regulares e bem delimitados; apresentava maiores diâmetros de 30x25mm;

com sinal doppler negativo; era extrínseca à parede retal, a qual comprimia com efeito de massa; não foram identificadas eventuais duplicações das camadas submucosa/muscular própria do reto. Não se identificavam adenopatias perirretais. Foi realizada punção aspirativa com agulha fina 22g, cuja citologia evidenciou, em fundo limpo, escassa celularidade compreendendo alguns linfócitos, frequentes histiócitos espumosos e células escamosas sem atipias citológicas, sem evidência de malignidade – achados compatíveis com lesão cística, enquadrável em hamartoma cístico (tailgut cyst).

Foi realizada exérese cirúrgica da lesão para evicção de complicações locais e diagnóstico definitivo; este procedimento decorreu sem intercorrências. O resultado anátomo-patológico da peça evidenciou dois cistos, um com revestimento de epitélio escamoso, sem queratinização, e outro com epitélio constituído por células cilíndricas, sendo algumas ciliadas; identificavam-se também estruturas glandulares constituídas por células cúbicas, com sinais de secreção mucóide; o estroma continha infiltrado inflamatório crónico; não se verificavam sinais de malignidade – constituíam, portanto, alterações morfológicas compatíveis com hamartoma cístico para-retal (tailgut cyst).

Apesar da raridade destas lesões, é importante que os clínicos a considerem como diagnósticos diferenciais de lesões císticas perirretais. Como referido anteriormente, os hamartomas císticos retro-retais desenvolvem-se em contexto da ausência de involução da porção caudal do intestino posterior embrionário por volta da 6ª semana de gestação, resultando em remanescentes mucossecretores. A maioria destas lesões constituem achados incidentais em exames imagiológicos, mas pode surgir sintomatologia associada em contexto de efeito de massa. O epitélio destas lesões císticas pode ser colunar, de transição ou escamoso – a presença de epitélio glandular ou de transição é o que as distingue dos cistos dermoides ou epidermoides. Nas RMN, os tailgut cysts apresentam hipossinal em T1 e hiperssinal em T2. A ecoendoscopia poderá ter um papel central na melhor caracterização destas lesões/diagnóstico diferencial e ainda na sua caracterização citológica/histológica, o que poderá ser importante na abordagem destas lesões. O tratamento

dos tailgut cysts é cirúrgico, evitando as complicações locais, nomeadamente a degenerescência maligna, e proporcionando, quando aplicável, alívio sintomático.

(18529) - DIVERTICULITE DO CEGO: UMA ENTIDADE CLÍNICA RARA NO OCIDENTE.

Claro L¹, Alpoim C¹, Longras C¹, Aleixo S¹, Lourenço R¹, Matos D¹, Lopes A¹, Santos A¹, Peixoto I¹, Araújo R¹

1 - Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução: A diverticulose do cólon é mais frequente nos países ocidentais e a sua incidência aumenta com a idade. Nestes doentes o risco de diverticulite ronda os 4%, sendo na Europa mais frequentes a nível do sigmóide e na Ásia mais frequentes no cólon direito. Deve, portanto, ser considerada também como hipótese diagnóstica na dor abdominal dos quadrantes direitos.

Objetivo: Análise de um caso clínico de dor na fossa ilíaca direita.

Resumo: Homem de 43 anos de raça caucasiana, autónomo, com hábitos tabágicos e sem antecedentes cirúrgicos, dirigiu-se ao serviço de urgência com quadro de dor abdominal localizada no quadrante inferior direito com 2 dias de evolução e agravamento progressivo. Associadamente com sensação de náuseas e distensão abdominal. Negava alterações do transito gastrointestinal. Objetivamente com temperatura máxima 37.9°C, abdómen mole e depressível, doloroso na palpação da fossa ilíaca direita, com contratura de defesa e sinais de *Bulmborg* e *Rovsing* positivos. Realizou estudo analítico que revelou aumento dos parâmetros inflamatórios: leucocitose 14900 u/L, PCR 118 mg/L. Completou estudo com tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica que evidenciou: “presença de um objeto de elevada densidade (cerca de 200 UH) com morfologia ovoide medindo 22 mm, adjacente à parede do cego ao nível da sua face anterior e interna... com espessamento da parede do cego e ascendente e densificação da gordura envolvente com fleimão, em relação com alterações inflamatórias, perto da válvula ileocecal (VIC)... apêndice na face posterior do cego, de calibre preservado... sem líquido ascítico ou pneumoperitoneu”. O doente foi proposto para laparoscopia exploradora onde foi identificada uma massa endurecida a nível do cego com envolvimento da válvula ileocecal e espessamento do cólon ascendente. Decidiu-se

pela realização de hemicolecotomia direita laparoscópica. O resultado histológico da peça cirúrgica revelou a presença de uma diverticulite do cego perfurada por fecalito calcificado. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta ao 6º dia pós-operatório.

Relevância: A diverticulite do cego é uma entidade rara no ocidente, mas não deve ser esquecida nos diagnósticos diferenciais de abdómen agudo. Na presença de fleimão local pode torna-se desafiadora a diferenciação quer pré quer intraoperatória entre diverticulite ou apendicite aguda complicada ou neoplasia. Pelos achados intraoperatórios neste doente a opção foi pela realização de hemicolecotomia direita.

Imagem 1: TC demonstrando a presença de um objeto de elevada densidade, com 22 mm, adjacente à parede do cego. Espessamento da parede local e densificação da gordura envolvente com fleimão.

Imagem 2: Peça cirúrgica de hemicolecotomia direita com massa na parede anterior do cego,

Imagem 3: Abertura da peça cirúrgica com identificação da VIC e perfuração da parede anterior do cego. Remoção de fecalito calcificado pelo orifício da perfuração.

(18530) - HÉRNIA PARAESTOMAL - O FLAGELO DA CIRURGIA COLORRETAL

Correia P¹, Magno L¹, Frutuoso L¹, Matos M L¹, Soares A¹, Sousa M R¹, Pereira A M¹, Costa J¹, Nora M¹

1 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: As hérnias paraestomais (HP) são uma das principais complicações associadas aos estomas, com uma taxa de incidência que pode atingir os 80% ou eventualmente os 100% dependendo do tempo de seguimento. Estão frequentemente associadas a sintomas com importante impacto na qualidade de vida dos doentes e nos custos associados à saúde. Apesar de atualmente o tratamento considerado *standard* ser a correção cirúrgica com prótese, apenas 15-30% dos casos chegam a ser corrigidos cirurgicamente, devido aos resultados pouco satisfatórios, traduzidos em elevadas taxas de recidiva e de morbilidade cirúrgica (20-60%).

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo identificar e caracterizar as HP recentemente intervencionadas no nosso centro hospitalar, assim como determinar as taxas de complicações cirúrgicas e de recidiva.

Material e métodos: Foram analisados retrospectivamente os processos dos doentes submetidos a correção de HP entre os anos de 2017 e 2021.

Resultados: Durante os 5 anos foram corrigidas 15 HP, 80% em doentes do sexo feminino, com uma idade média de 74 anos e um IMC médio de 22,3. Onze foram classificados como ASA III. O tipo de estoma mais frequente foi a colostomia terminal, presente em 11 doentes, com a patologia maligna a liderar o motivo para a sua confeção. A maioria das HP eram primárias, cerca de 50% classificadas como tipo I de acordo com a *European Hernia Society* e 26% associadas a outras hérnias incisionais. Das 15 correções, 9 foram realizadas por via laparotómica (4 com recurso a prótese), 4 delas em contexto de urgência, e as restantes 6 por via laparoscópica segundo a técnica de *Sugarbaker*. Apresentámos uma taxa de complicações de 40%: 4 casos classificados como grau II e 3 como grau III, segundo a escala de *Clavien-Dindo*. A taxa de recidiva foi de 80%, com um tempo médio de seguimento de 17 meses e um tempo médio para a recidiva de 5 meses.

Discussão/Conclusão: Este trabalho corrobora o que vem sido postulado na literatura: que o tratamento cirúrgico das HP é justificadamente protelado pelos cirurgiões, devido à elevada taxa de complicações cirúrgicas e ao relativo insucesso das técnicas, existindo consequentemente uma falta de experiência na sua abordagem cirúrgica, tornando-a uma das patologias cirúrgicas mais complexas e desafiantes atualmente. A prevenção, através da aplicação de próteses profiláticas durante a confeção dos estomas, parece ser o elemento-chave desta patologia, embora ainda com diversas especificidades técnicas por esclarecer para que seja difusamente aceite e aplicada na prática clínica.

(18531) - ESTENOSE DO CANAL ANAL - ANOPLASTIA "HOUSE FLAP"

Peixoto I¹, Longras C¹, Costa V¹, Carvalho C¹, Lourenço R¹, Matos D¹, Santos A¹, Lopes A¹

1 - HSOG

Introdução: A estenose do canal anal, anatómica ou funcional, é uma entidade clínica rara, mas com grande impacto na qualidade de vida dos doentes, com queixas

de dificuldade de evacuação, dor, hemorragia, obstipação e necessidade de uso prolongado de laxantes. A estenose do canal anal anatômica consiste numa constrição fibrótica, mais frequentemente como complicação de cirurgia perianal, nomeadamente após hemorroidectomia. A estenose do canal anal pode também ser secundária a outras causas como trauma, doença inflamatória intestinal, pós radioterapia, tuberculose, entre outras. O diagnóstico é feito através do exame objetivo, com visualização na inspeção de tecido cicatricial, e constatação da estenose ao toque retal. A estenose deve ser qualificada quanto à sua severidade, nível e grau de atingimento do canal anal. Uma correta abordagem diagnóstica e classificação da estenose permite uma decisão terapêutica adequada que pode incluir medidas conservadoras (como dilatação mecânica, suplementação dietética de fibras e laxantes) a tratamento cirúrgico com enxertos ou retalhos. A escolha da melhor técnica cirúrgica deve ser personalizada, dependendo essencialmente da classificação da estenose, características do doente e da experiência do cirurgião.

Objetivos: É objetivo deste trabalho alertar para esta entidade clínica, desde a sua prevenção à sua abordagem diagnóstica, cuidados perioperatórios, escolha e concretização, passo a passo, da técnica cirúrgica.

Material e métodos: Análise de caso clínico e apresentação de técnica cirúrgica simples e reprodutível com recurso a vídeo ilustrativo. Apresenta-se o caso de uma mulher de 68 anos, com diagnóstico de estenose do canal anal baixa e moderadamente severa, após cirurgia de Hemorroidectomia de Milligan Morgan, com sintomatologia refratária às medidas conservadoras. A cirurgia de retalho de avanço cutâneo tipo "House flap" foi realizada em contexto de Cirurgia de ambulatório.

Resultados: Uma correta abordagem diagnóstica e adequado tratamento cirúrgico resultaram na resolução completa das queixas de hemorragia, dor e dificuldade de evacuação da doente. Mantem-se 1 ano após a cirurgia sem queixas, com recuperação da sua qualidade de vida e sem qualquer evidencia de recorrência.

Discussão/Conclusão: A estenose do canal anal, embora rara, representa uma causa importante de diminuição da qualidade de vida dos doentes afetados. Assim, o

cirurgião geral deve estar alerta para o seu diagnóstico, e distinção das estenoses anais funcionais. As técnicas a considerar, quando indicadas, são, na sua maioria, técnicas simples, que não requerem material cirúrgico específico e passíveis de realização em contexto de cirurgia de ambulatório.

(18539) - COLITE ISQUÉMICA RECORRENTE: QUE FATORES DE RISCO?

Relvas L M¹, Baltazar P², Oliveira A P², Campelo P¹, Barros S¹, Malta I¹, Velasco F¹, Caldeira P¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; 2 - Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve

Introdução: A colite isquémica (CI) é a forma mais comum de isquemia intestinal. O seu surgimento decorre da insuficiente circulação sanguínea no cólon. A colite isquémica recorrente não tem sido muito estudada.

Objetivo: O objetivo do nosso estudo foi identificar os principais fatores de risco para colite isquémica recorrente.

Métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo que incluiu todos os doentes do nosso Centro Hospitalar com o diagnóstico de CI desde janeiro de 2011 a dezembro de 2021. Foram analisados os processos clínicos dos doentes identificados, e feita recolha de dados demográficos, clínicos, imagiológicos, endoscópicos e histológicos, tempo de internamento e mortalidade. Os doentes foram divididos em dois grupos - doentes com CI recorrente e CI não recorrente, para caracterização e análise estatística.

Resultados: Um total de 142 doentes com CI foram identificados. A CI recorreu em 11 doentes (7.7%) durante o período do estudo. 45.5% dos doentes no grupo CI recorrente eram fumadores comparado com apenas 13% dos doentes no grupo CI não recorrente ($p=0.014$). A obstipação foi mais frequente no grupo CI recorrente (40.0% vs. 4.7%; $p=0.003$). A laparotomia foi mais frequente no grupo de doentes com CI recorrente comparado com o grupo CI não recorrente (27.3% vs. 6.1%; $p=0.041$). O uso de clopidogrel foi mais prevalente no grupo CI recorrente (36.4% vs. 10%; $p=0.029$). A média do valor de hemoglobina à admissão hospitalar foi menor no grupo de doentes com CI recorrente (11.07 ± 3.67 ; 12.99 ± 2.27 ; $p=0.012$). Verificou-se maior necessidade de

transusão sanguínea no grupo CI recorrente, comparado com o grupo CI não recorrente (36.4%; 6.9%; $p=0.01$). Os restantes achados não demonstraram associação com a CI recorrente.

Conclusões: A CI recorreu em 7.7% dos doentes em estudo. O tabagismo, a obstipação, a laparotomia e o uso de clopidogrel foram identificados como possíveis fatores de risco para CI recorrente.

(18562) - CTDNA ON LIQUID BIOPSY FOR PREDICTING RESPONSE AND PROGNOSIS IN LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW

Morais M^{1,2}, Melo-Pinto D¹, Machado J C^{3,4}, Carneiro S^{2,5}

1 - Hospital Pedro Hispano;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

3 - IBS; 4 - IPATIMUP; 5 - Centro Hospitalar de São João

Background: The management of locally advanced rectal cancer (LARC) requires a multidisciplinary approach, with an increasing interest for non-operative strategies. Liquid biopsy for obtaining circulating tumor DNA (ctDNA) can provide information on neoadjuvant chemoradiotherapy (nCRT) pathological response and cancer-specific prognosis, and therefore might be a promising guide for these treatments.

Methods: A systematic review of the studies available in literature has been performed to assess the role of ctDNA as a predictive and prognostic biomarker in LARC patients.

Results: We retrieved 21 publications, of which 17 full-text articles and 4 abstracts. Results have been labelled into two groups: predictive and prognostic. Data about the usefulness of liquid biopsy in this setting is still inconclusive. However, baseline higher levels of longer fragments of cell-free DNA and integrity index, tumor-specific mutations and certain methylated genes could predict non-responders. Also, undetectable baseline ctDNA and decrease of common rectal cancer mutations throughout treatment (dynamic monitoring) were predictive factors of pathological complete response. The continuous detection of ctDNA in different timepoints of treatment (minimal residual disease) was consistently associated with worse prognosis.

Conclusions: ctDNA is a promising biomarker that could assist predicting treatment response to nCRT and prognosis in patients with LARC. The ideal methods and timings for the liquid biopsy still have to be defined.

(18608) - TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DO RETO DISTAL – RESSEÇÃO TRANSANAL

Araújo R¹, Longras C¹, Costa V¹, Alpoim C¹, Lourenço R¹, Matos D¹, Lopes A¹, Santos A¹, Peixoto I¹, Claro L¹

1 - Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, Serviço de Cirurgia Geral

Introdução: Os GIST distribuem-se por todo o trato gastrointestinal, porém a localização no cólon e reto é rara (6%). Nos casos de GIST retal em que se antevê necessidade de cirurgia extensa para se alcançar margens cirúrgicas completas ou nos tumores de alto risco (>5 cm ou índice mitótico superior a 5 por campo de 50 células), deverá ser considerado tratamento neoadjuvante. Nos tumores de pequena dimensão, localizados e ressecáveis, é considerado legítimo realizar exérese cirúrgica como tratamento inicial.

Objetivo: Relato de caso de um GIST retal, num paciente assintomático.

Resumo: Homem de 50 anos, caucasiano, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual, assintomático e com exame físico sem alterações, mas com história familiar de cancro colorretal. Realizou colonoscopia de rastreio com identificação no reto distal de “lesão subepitelial regular coberta de mucosa normal, com cerca de 20mm”. Realizou TC pélvica e ecoendoscopia com características imagiológicas concordantes e compatíveis com GIST do reto distal, com cerca de 20mm, na dependência da camada muscular própria. Avaliação do canal anal sem alterações dos esfíncteres ou subepitélio. TC toraco-abdominal sem alterações. O caso clínico foi discutido em reunião de grupo multidisciplinar com decisão de tratamento cirúrgico, dado o estadio I (cT1 N0 M0). Pela proximidade à margem anal (<5cm) e pequena dimensão da lesão, o doente foi submetido a resseção transanal da mesma. A peça foi removida em fragmento único, sem necessidade de resseção de fibras esfíncterianas. O doente teve alta no primeiro dia de pós-operatório. Não foram reportadas complicações.

O exame histológico confirmou a presença de GIST do reto, com 20 mm e baixo índice mitótico, mas microscopicamente apresentava margens positivas (pT2 Nx R1). Grupo de prognóstico: categoria 2 (baixo risco de progressão). No estudo imunohistoquímico identifica-se: expressão difusa de CD117, DOG1, Caldesmon e CD 34; ausência de expressão de Proteína S100. Aguarda-se nova reunião de grupo multidisciplinar para discussão das opções terapêuticas: vigilância; alargamento das margens ou adjuvância.

Relevância: Fomentar a discussão das opções cirúrgicas no GIST retal, assim como as indicações para tratamento neoadjuvante ou adjuvante. Enfatizando que a ressecção por via transanal é uma opção minimamente invasiva associada a menores complicações no pós-operatório e a alta taxa de preservação da função esfíncteriana.

(18610) - LINFOMAS DO CÓLON DIREITO E ESQUERDO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS E REVISÃO DA LITERATURA

Vieira B¹, Ferreira C¹, Ribeiro A¹, Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O linfoma colorretal primário é uma doença rara e com sintomatologia inespecífica, o que dificulta o diagnóstico precoce. O linfoma primário do cólon é um tipo raro de linfoma não-Hodgkin e o tratamento ainda não está padronizado, ao contrário de muitos outros tipos de linfoma. Por conseguinte, o tratamento baseia-se principalmente nos sintomas do paciente para determinar se a cirurgia ou a quimioterapia sistémica são apropriadas. O Rituximab é eficaz em alguns doentes e pode desempenhar um papel importante no tratamento do linfoma cólico irressecável, pouco sintomático ou assintomático.

Objetivo: Apresentação de dois casos de linfomas primários do cólon tratados com sucesso com quimioterapia isolada (um caso do cólon direito e outro caso do cólon esquerdo), avaliar os critérios diagnósticos atuais e rever o melhor tratamento desta patologia.

Material, métodos e resultados – Relato dos dois casos clínicos

CASO 1: Homem de 83 anos. Autónimo. Enviado à consulta de Cirurgia pelo seu médico assistente por suspeita

de neoplasia do cólon sigmoide. Refere queixas de enfartamento pós-prandial e cólicas abdominais na região inferior do abdómen com 5 semanas de evolução. Nega anorexia ou perda ponderal. Sem alterações do transit intestinal. Mantém dejeções regulares, com fezes sem sangue ou muco. Objetivamente na consulta de cirurgia sem alterações no exame objetivo. Analiticamente após consulta de cirurgia: Hemoglobina de 15,7 g/dL e restante estudo também sem alterações; marcadores tumorais normais (CEA e CA 19.9). Colonoscopia referindo lesão entre os 17 e os 20 cm da margem anal e histologia mostrando aspetos morfológicos e imunofenotípicos favoráveis ao diagnóstico de envolvimento da mucosa cólica por Linfoma Não Hodgkin B extraganglionar da zona marginal de baixo grau (Linfoma MALT). Tomografia axial computadorizada tóraco-abdomino-pélvica evidenciando nódulo pulmonar suspeito e punção aspirativa transbrônquica guiada por ecoendoscopia brônquica de nódulo pulmonar evidenciou processo linfoproliferativo previamente diagnosticado. Apresentado em consulta de grupo oncológico e hematologia e proposto para quimioterapia. Sem novos episódios de queixas abdominais após início de quimioterapia – iniciou clorambucil em monoterapia e posteriormente clorambucil combinado com rituximab. Realiza tomografia axial computadorizada tóraco-abdomino-pélvica de reavaliação aos 14 meses que se mostra sem alterações. Realiza também colonoscopia de reavaliação aos 14 meses que refere que aos 17 cm da margem anal a mucosa tem aspeto cicatricial, sem evidencia de lesões. Aos 18 meses de acompanhamento, o doente mantém-se sem queixas, com bom estado geral e mantém seguimento em consulta de hematologia.

CASO 2: Homem de 59 anos. Autónimo. Sem antecedentes pessoais, medicação ou hábitos alcoólicos ou tabágicos. Enviado ao SU de Cirurgia pelo seu médico assistente por dor abdominal nos quadrantes inferiores, sem irradiação, em cólica, com 4 semanas de evolução. Sem náuseas ou vômitos. Nega anorexia ou perda ponderal. Sem alterações do transit intestinal, com fezes sem sangue ou muco. Objetivamente no serviço de urgência sem alterações no exame objetivo. Analiticamente: Hemoglobina de 14,6 g/dL e restante estudo também

sem alterações. Marcadores tumorais Normais (CEA e CA 19.9). Realiza colonoscopia que mostra múltiplos nódulos congestivos no íleo terminal e cólon ascendente e histologia mostra envolvimento da mucosa ileo-cólica por processo linfoproliferativo não Hodgkin com características de linfoma de células B do Manto. Realiza tomografia axial computadorizada tóraco-abdomino-pélvica que evidencia lesão parietal de 4cm de extensão no cólon ascendente/cego com adenite peritoneal adjacente e algumas adenopatias pericentimétricas retroperitoneais e mesentéricas difusas. Apresentado em consulta de grupo oncológico e hematologia e proposto para quimioterapia. Sem novos episódios de queixas abdominais após início de quimioterapia – 2 ciclos de RCHOP e 1 ciclo de RDHAP. Realiza colonoscopia e tomografia axial computadorizada tóraco-abdomino-pélvica de reavaliação aos 13 meses que se mostra sem alterações. Aos 21 meses de acompanhamento, o doente mantém-se sem queixas, com bom estado geral e mantém seguimento em consulta de hematologia.

Discussão/Conclusão: O linfoma primário do cólon é mais comum no cego, facto talvez explicado pela maior quantidade de linfonodos neste local. Os critérios de Dawson são usados para o diagnóstico desta patologia. Os exames de imagem ajudam no diagnóstico e no estadiamento, no entanto o diagnóstico definitivo é feito apenas através da análise da biópsia. A maioria dos linfomas de cólon são provenientes das células B, sendo este o tipo encontrado nos casos apresentados. Para o estadiamento o sistema mais usado é o de Ann Arbor, inicialmente proposto para estadiamento dos linfomas de Hodgkin. Foi modificado por Musshoff and Schimidt Volmer para ser mais bem aplicado aos linfomas gastrointestinais. O principal tratamento para o linfoma colorrectal é a terapia combinada com cirurgia e quimioterapia. No entanto, devido à eficácia do Rituximab, o linfoma CD20-positivo de células B pode ser tratado com quimioterapia combinada com imunoterapia, e a eficácia do tratamento é duradoura (como aconteceu nestes dois casos) e completa. De acordo com relatórios de casos anteriores, a imunoterapia pode evitar a cirurgia, que é realizada principalmente para aliviar a dor e para emergências, tais como obstrução e perfuração intestinais e

hemorragia. A adição de Rituximab ao regime padrão CHOP pode melhorar a sobrevivência global. Como a doença é rara, as guidelines atuais ainda carecem de evidência mais sólida para a seleção do melhor tratamento para linfomas do cólon.

(18611) - ULCERAÇÃO E ESTENOSE DO RETO POR CMV E SARCOMA DE KAPOSI

Vieira B¹, Marques R¹, Ribeiro A¹, Salvador F¹, Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O citomegalovirus (CMV) infecta 40-100% da população adulta mundial, mas a infeção é geralmente assintomática. Os casos graves estão, geralmente, limitados a doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA). Não existem imagens endoscópicas específicas de doença por CMV mas, no caso descrito, o facto das lesões terem melhorado após terapêutica com ganciclovir sugere fortemente que elas também foram provocadas pelo vírus.

O sarcoma de Kaposi relacionado com a SIDA é um tumor vascular de baixo grau associado à infeção por herpes vírus humano 8 (HHV-8). Embora a doença seja principalmente cutânea, pode envolver praticamente qualquer órgão visceral e pode representar um sério desafio de diagnóstico.

Material, métodos e resultados - caso clínico (recurso a imagens das lesões e dos meios complementares de diagnóstico)

Homem de 41 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual. Encaminhado a consulta de cirurgia geral por história de rectorragia (no papel) indolor em todas as defecações com 2 meses de evolução e posteriormente aparecimento de dor perianal com 3 semanas de evolução, constante com importante limitação na atividades de vida diária. Acrescenta tenesmo e falsas vontades. Perda ponderal de cerca de 20Kg com o mesmo tempo de evolução. Refere sintomas constitucionais (astenia e anorexia). Trânsito gastrointestinal mantido com fezes líquidas envoltas pelo sangue com múltiplos episódios diários. Incontinência para gases e, por vezes, para fezes líquidas com o mesmo tempo de evolução. Nega trauma perineal. Refere práticas

anorreceptivas sem uso de preservativo. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Sem consumo de drogas. Nunca realizou EDB.

Objetivamente na consulta de cirurgia geral: bom estado geral, peso 73kg, IMC 24.9. Mucosas coradas e hidratadas. Abdómen - mole e depressível, sem tumefações palpáveis. Toque retal (após bloqueio perianal) - esfíncter endurecido e aparentemente invadido por lesão circular friável e não ultrapassável do canal anal às 7h em posição genupeitoral. Sem outras lesões identificáveis, nomeadamente cutâneas.

Necessidade de internamento para mais rápida sistematização, avanço no diagnóstico e início da terapia HAART. Analiticamente com hemoglobina de 13.10 g/dL e sem outras alterações. Serologias com teste HIV positivo (de novo). Marcadores tumorais (CEA e CA19.9) normais. Tomografia axial tóraco-abdomino-pélvica mostrando densificação peri retal com extensão de aproximadamente 6 cm no plano longitudinal com espessamento marcado da parede rectal (atingindo 1 cm de espessura), podendo corresponder à lesão referida na informação clínica. Adenopatias peri retais, pelo menos quatro, a mais volumosa com 8 mm de eixo curto, presença de várias adenopatias retroperitoneais, adjacente aos trajetos dos vasos ilíacos e à raiz do mesentério, a mais volumosa com 12 mm de eixo curto. Colonoscopia com progressão até ao sigmoide (aproximadamente aos 20 cm da margem anal, não se progredindo para além deste segmento por presença de fezes sólidas) mostrando em toda a extensão do reto e de forma circunferencial uma mucosa congestiva, ulcerada e friável - realizadas biópsias - A mucosa a montante do reto encontrava-se endoscopicamente normal.

Histologia mostrando envolvimento da mucosa retal por sarcoma de Kaposi, com focos de ulceração e sem lesões epiteliais displásicas do epitélio de superfície, o estudo imunohistoquímico mostrou positividade da neoplasia para HHV-8 e positividade para CMV.

Ressonância Magnética pélvica evidenciando espessamento rectal difuso (17mm), mas com preservação das camadas parietais, apenas com restrição regular da região da mucosa com preservação da intensidade de sinal das estruturas do canal anal, alguns gânglios pe-

irectais e inguinais ligeiramente aumentados, o maior com 10mm de menor eixo na gordura mesorrectal esquerda e edema difuso da gordura mesorrectal, sem coleções organizadas.

Durante o internamento, manteve queixas de dor ano-retal, tenesmo e pequenas retorragias durante cerca de duas semanas, gradualmente melhorando graças à terapêutica com ganciclovir endovenoso instituída pela medicina interna e terapêutica para o controlo da dor com a contribuição da consulta da dor crónica. O doente foi avaliado em consulta oncologia três dias após a alta e decidido tratamento de quimioterapia com doxorubicina lipossómica. Aos 3 meses de seguimento, com melhoria substancial das queixas anoretais e repetiu tomografia axial tóraco-abdomino-pélvica que mostrou resolução do espessamento edematoso parietal do reto, das adenopatias mesorrectais e do extenso edema mesorrectal e do espaço pré-sagrado (resposta completa). Aos 6 meses avaliado em consulta de medicina e sem lesão palpável ao toque retal, repetiu a colonoscopia que mostrou que mostrou a lesão retal com cicatrização e histologia sem sinais de displasia/neoplasia.

Discussão/conclusão: O sarcoma de Kaposi relacionado com a SIDA é a neoplasia mais comum em doentes com VIH, especialmente aqueles com menor contagem de CD4. Afeta preferencialmente homens homossexuais ou bissexuais. Envolve frequentemente a pele, embora a propagação possa envolver qualquer órgão. O envolvimento do trato gastrointestinal é visto em 40% dos pacientes não tratados e está associado a um pior prognóstico. A doença do trato gastrointestinal é tipicamente assintomática. O tratamento inclui a terapia HAART e a quimioterapia é considerada usando a doxorubicina lipossomal como primeira linha de tratamento. O diagnóstico da proctite por CMV é baseado na ulceração inespecífica da mucosa associada à presença das inclusões intranucleares do vírus no tecido biopsado. A infeção por CMV é uma importante causa de morbidade e mortalidade nos doentes com infeção por VIH e o trato gastrointestinal é o local primordialmente escolhido.

(18613) - TUMOR NEUROENDÓCRINO DO CÓLON – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fernandes U¹, Guidi G¹, Martins D¹, Dupont M¹,
Ferreira C¹, Marques R¹, Sousa P J¹, Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A maioria dos tumores neuroendócrinos (TNE) atingem do sistema digestivo (55%), nomeadamente o cólon em 11% dos casos. Os TNE do cólon surgem nas células enterocromafins no interior das criptas de Lieberkuhn e cerca de 70% localizam-se no cólon direito, especialmente ao nível do cego. Cerca de 40% dos TNE são hormono secretores e a maioria é de crescimento lento. A incidência de TNE do cólon é 0,2/100000 e afeta principalmente mulheres (2:1) na sétima década de vida. A maioria dos doentes mantém-se assintomática até o crescimento tumoral cause complicações oclusivas ou hemorrágicas. A sua incidência e prevalência têm vindo a aumentar devido ao uso generalizado da endoscopia digestiva e exames de imagem.

Objetivo: descrever um caso clínico e rever a literatura sobre tumores neuroendócrinos do cólon.

Material e métodos: Mulher de 80 anos, autónoma, com antecedentes de apendicectomia, histerectomia, hipotireoidismo e hipertensão arterial. Recorre ao serviço de urgência por náuseas e dor abdominal na fossa ilíaca direita (FID), em cólica, com 2 semanas de evolução, mas com agravamento de intensidade no dia anterior, associada a obstipação e tenesmo. Refere ainda enfartamento pós-prandial, retorragia indolor esporádica e astenia progressiva com 1 ano de evolução, sem noção de perda ponderal. Ao exame objetivo apresentava-se corada, hidratada, anictérica, com sinais vitais dentro da normalidade e abdómen ligeiramente distendido, mas depressível, com dor à palpação da FID e massa dura palpável de limites indefinidos nesta topografia, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente apresentava hemoglobina de 11,3 g/dL, 11700 leucócitos por microlitro e proteína C reativa de 3,45 mg/dL, sem outras alterações. A tomografia computadorizada abdominal revelou “extensa massa sólida lobulada e heterogénea, captante, adjacente ao cólon ascendente, com cerca de 9 x 6 cm, em relação provável com GIST/atipia do cólon as-

cedente. Adenopatias peritoneais adjacentes à massa”. Foi internada para tratamento e estudo etiológico. Realizou colonoscopia que revelou: “no transversal proximal, estenose não explorável com o aparelho, causada por lesão vegetante que foi biopsada”. O exame histológico excluiu lesões epiteliais displásicas, mas os marcadores tumorais como o antigénio carcinoembrionário e o Ca 19-9 mostraram-se elevados (5.9 e 90 U/mL, respetivamente). O estudo tomográfico de estadiamento excluiu invasão local e à distância.

Resultados: Foi decidida em consulta de grupo oncológico a realização de hemicolectomia direita, que decorreu sem intercorrências. O exame histológico confirmou o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino de grandes células (pT3N0M0) e foi decidida vigilância. A doente encontra-se assintomática ao fim de 3 meses de seguimento.

Discussão/Conclusão: De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os TNE classificam-se em bem diferenciados, pouco diferenciados e mistos. O diagnóstico definitivo é imuno-histoquímico na presença de cromogranina, sinaptofisina e enolase específica neuronal. O índice Ki-67 correlaciona-se com a proliferação celular e agressividade do tumor. Os TNE do cólon são raros e têm geralmente uma apresentação clínica inespecífica, sendo por vezes diagnosticados incidentalmente em colonoscopia de rastreio. Aproximadamente 30% dos casos apresentam ao diagnóstico metastatização ganglionar, mesentérica, peritoneal e hepática. O tratamento definitivo é cirúrgico e consiste na colectomia segmentar com linfadenectomia. A sobrevida aos 5 anos varia de 40 a 70%.

(18615) - APRESENTAÇÃO INESPERADA COMO CONSEQUÊNCIA DE PROGRESSÃO DE DOENÇA MALIGNA

Barros S¹, Campelo P¹, Relvas L¹, Malta I¹, Vaz A¹, Peixe B¹, Caldeira P¹

1 - Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Doente de 53 anos com antecedentes de Carcinoma pavimento celular (CPC) da amígdala direita diagnosticado em 2019 (estadio inicial cT4a N2bM0) sem indicação cirúrgica, realizou ciclo de quimioterapia e radioterapia definitiva até Fevereiro de 2020. Meses mais tarde, em TC de controlo verificou-se a existência de lesão hepática sólida, hipovascular, com contorno irregular, no segmento VI, medindo 54 x 46 x 44 mm igualmente identificada em ressonância magnética hepática suspeita de ser uma lesão secundária que se confirmou mais tarde por biópsia hepática. de se tratar de metástase hepática única. O doente realizou dois tratamentos distintos de quimioterapia, contudo não atingiu uma boa resposta à terapêutica tendo o paciente sido submetido no final de 2021 à remoção da metástase através de sub-segmentectomia hepática dos segmentos V/VI, tendo esta decorrido sem intercorrências.

Dois anos mais tarde o paciente apresentou-se no Serviço de urgência por quadro de astenia, dor abdominal e diarreia (cerca de 5 dejeções/dia). À admissão o estudo analítico revelou Hemoglobina 8.6g/dl; leucocitose com neutrofia; Proteína C reativa de 135 mg/dl. Ficou internado para estudo. Durante o período de internamento, foi solicitado colaboração de gastroenterologia por quadro de retorragias com necessidade de suporte transfusional. Ao exame físico sem alterações proctológicas que pudessem justificar o quadro pelo que foi decidido realizar colonoscopia. Na colonoscopia ao nível do cego e cólon ascendente observaram-se clips cirúrgicos bem como material de sutura, com mucosa envolvente de aspeto violáceo e viloso, ulcerada, achados que se assumiram em relação com antecedentes cirúrgicos descritos. Para melhor esclarecimento, o paciente realizou um TC abdomino-pélvico onde se verificou solução de continuidade da lesão hepática com o lúmen do cólon transversal adjacente ao ângulo hepático em relação com progressão da metastização

do CPC localizada na zona de hepatectomia parcial prévia e subsequente perfuração cólica. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar tendo-se optado por estratégia conservadora uma vez que para além do baixo performance status do paciente, a embolização hepática traria risco significativo de causar isquemia hepática e a derivação intestinal não traria benefício. O doente acabou por falecer semanas mais tarde.

Este caso ilustra uma apresentação inesperada da progressão de doença maligna metastizada para o fígado submetida a hepatectomia parcial com consequente perfuração cólica.

(18616) - SEGURANÇA E EFICIÊNCIA DA ESFINCTEROTOMIA LATERAL INTERNA – ANÁLISE DE 5 ANOS

Neves T B¹, Rainho R¹, Monteiro R¹, Peliteiro J¹, Teixeira M¹, Meruje F¹, Paulino A¹

1 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A fissura anal é uma laceração longitudinal abaixo da linha pectínea, sendo uma das patologias anorretais mais frequentes. A sua abordagem engloba desde medidas conservadoras a intervenção cirúrgica. A esfínterectomia lateral interna é o *gold standard* do tratamento cirúrgico, apresentando, no entanto, riscos não desprezíveis, nomeadamente a incontinência anal. **Objetivos:** Avaliar a segurança e a eficiência da esfínterectomia lateral interna nos doentes submetidos ao procedimento por fissura anal crónica. Analisar as características socio-demográficas da população e a morbimortalidade pós-operatória.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a esfínterectomia lateral interna entre os anos de 2017 e 2021. Análise estatística das variáveis socio-demográficas, variáveis relacionadas com a patologia e a intervenção e avaliação da morbimortalidade. Resultados: Entre 2017 e 2021 foram intervencionados 25 doentes, 56% do sexo feminino e com idade média de 58 anos. Destes doentes, 36% foram encaminhados da consulta de medicina geral e familiar, tendo 48% sido observados em contexto de urgência. Previamente à intervenção, todos tinham realizado tratamento conservador, um doente tinha realizado aplicação de toxina

botulínica e 4 doentes tinham sido submetidos a cirurgia. A sintomatologia predominante foi a proctalgia e a retorragia (56%), com um tempo médio de duração de sintomas de 14 meses e um tempo médio até à intervenção de 5 meses após proposta cirúrgica. 80% das fissuras intervencionadas tinham localização posterior, todos os doentes foram submetidos a cirurgia eletiva. Aos 30 dias 20% dos doentes apresentaram complicações ligeiras e 8% regressaram ao SU. Um doente apresentou incontinência anal, 3 doentes tiveram recorrência da fissura e 1 destes foi re-intervencionado.

Discussão: A fissura anal apresenta-se tipicamente com um quadro de proctalgia e retorragias, tal como observado na população em estudo. Aproximadamente metade dos doentes foi observado em contexto de urgência, sendo que a literatura estabelece a relação entre uma elevada procura pelos cuidados urgentes e a alta prevalência de fissura anal na população, associada a uma clínica incapacitante e uma saturação da resposta dos cuidados de saúde primários. No que diz respeito à abordagem da fissura anal, todos os doentes da amostra realizaram tratamento conservador e farmacoterapia por um período mínimo de 3 meses antes da intervenção, sendo que também a literatura tende a referir uma preferência por esta abordagem conservadora em primeira linha. Analisando as complicações precoces, verificam-se principalmente queixas algícas com necessidade de reforço da analgesia e retorragia, em proporções semelhantes ao referido em estudos anteriores. Concordantemente com a literatura estudada, em que são referidas taxas de recorrência entre os 1.3 e 25%, 3 doentes apresentaram recorrência de fissura, com um deles a necessitar de re-intervenção. A principal complicação da esfínterectomia lateral interna continua a ser a incontinência anal, com taxas de incidência de incontinência temporária de até 50% e de incontinência permanente de 2%, valor inferior ao obtido na amostra estudada (4%).

Conclusão: A fissura anal mantém-se como uma das patologias perianais mais prevalentes, com uma clínica cíclica de espasmo esfínteriano, inflamação e dor, com influência marcada na qualidade de vida. A esfínterectomia lateral interna constitui o tratamento cirúrgico

de eleição, mostrando-se neste estudo, como uma abordagem eficiente na resolução da sintomatologia e com uma taxa de complicações dentro do previsto em estudos anteriores.

(18617) - OCLUSÃO INTESTINAL PÓS GASTRECTOMIA: QUANDO O DIAGNÓSTICO É INTRA-OPERATÓRIO

Neves T B¹, Rainho R¹, Monteiro R¹, Peliteiro J¹, Teixeira M¹, Meruje F¹, Paulino A¹

1 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução: A oclusão intestinal ocorre quando o fluxo do conteúdo intestinal é interrompido, fenómeno que se deve maioritariamente a obstáculos mecânicos. É motivo de apresentação frequente em contexto de urgência, com até 20% a necessitar de cirurgia. Em 90% dos casos, as oclusões de intestino delgado são devidas a aderências, hérnias e/ou neoplasias. Uma causa rara é a oclusão por um bezoar, que corresponde a um agregado de material não digerido, que se acumula no trato gastrointestinal.

Objetivo: Apresenta-se um caso clínico de oclusão intestinal por fitobezoar num doente com antecedentes pessoais de oclusão intestinal por brida, em contexto pós-gastrectomia.

Resumo do caso: Doente de 80 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e vômitos e ausência de emissão de fezes, com 48 horas de evolução. A dor classificava-se como cólica, localizada no epigasto, sem irradiação, sem fatores de alívio ou de agravamento e acompanhada de dois episódios de vômito de conteúdo alimentar e posteriormente biliar. Última dejeção há 2 dias, mantendo trânsito para gases. Sem febre ou outra sintomatologia. Antecedentes pessoais de gastrectomia parcial com reconstrução Bilroth II por úlcera duodenal, há 40 anos, colecistectomia laparoscópica em 2008, hepatite C, HTA e 2 episódios de oclusão por brida. Medicado com clorotalidona 50mg 1id, losartan 100mg 1id, lercanidipina 10mg 1id, escitalopram 10mg 1id e beta-histina 24mg 2id. Sem alergias conhecidas. Consciente, orientado, colaborante. Com abdómen marcadamente distendido e timpanizado, dor generalizada à palpação, mole, depressível e sem sinais de irritação

peritoneal. Restante exame objetivo e sinais vitais dentro da normalidade. Realizado controlo analítico - Hb de 9,0 e PCR 76 – gasometria arterial – lactatos 1.13 – e radiografia abdominal com múltiplos níveis hidroaéreos. Iniciada analgesia e colocada sonda nasogástrica, com drenagem de 1000cc de conteúdo gástrico, com melhoria franca da sintomatologia. Realizada TC com identificação de “status pos gastrectomia com acentuada distensão gástrica e da ansa aferente com 58mm de calibre com redução súbita de calibre sugestivo de brida”. O doente foi admitido em internamento com a hipótese diagnóstica de oclusão por brida, para tratamento conservador. Manteve drenagem de conteúdo entérico, em volume crescente bem como aumento marcado dos parâmetros inflamatórios pelo que em D3 de internamento optou-se por intervenção cirúrgica. Intra-operatoriamente verificaram-se múltiplas aderências de intestino delgado à parede abdominal, com constatação de “segmento de jejuno com aumento do calibre, com aparente corpo estranho no seu interior. Sem sinais de perfuração ou sofrimento, com dilatação a montante e colapso a jusante”. Procedeu-se a incisão longitudinal na referida porção de jejuno, com identificação de fitobezoar, constituído por fragmentos de cascas e fibras, que se excisou sem intercorrências. Não existiu necessidade de ressecção segmentar da ansa e procedeu-se a sutura transversal mono-plano com sutura absorvível 3/0. Pós-operatório imediato sem intercorrências, com introdução da dieta em PO2 e retoma do trânsito intestinal em PO3. A dia 4 de PO introduzida antibioterapia por infeção do trato urinário. Melhoria franca dos parâmetros inflamatórios e da clínica apresentada, com alta a PO11.

Relevância: As aderências são a etiologia de 55-75% das oclusões de intestino delgado, tendo sido esta a etiologia reportada como provável nos exames imagiológicos realizados neste doente tendo a etiologia sido determinada apenas intra-operatoriamente. A literatura refere múltiplas teorias para a maior incidência de fitobezoes após a cirurgia gástrica, tais como alterações no esvaziamento e alterações na secreção de ácido e de muco. A abordagem cirúrgica do fitobezoar pode ser efetuada por laparoscopia, com vários estudos a referirem um aumento das intercorrências, maioritariamente

enterectomias iatrogénicas. No caso clínico apresentado, pela marcada distensão de ansas e pelos antecedentes conhecidos, optou-se por uma abordagem laparotómica. Tal como no doente apresentado, a ressecção segmentar encontra-se indicada apenas em casos de necrose ou se o bezoar se encontrar intimamente relacionado com a parede intestinal. Embora aproximadamente 57% dos doentes que desenvolvem fitobezoes terem sido submetidos a cirurgia gástrica, esta etiologia de oclusão intestinal mantém-se uma causa rara e de difícil diagnóstico pre-operatório, sendo necessário um elevado grau de suspeição clínica, sobretudo em doentes com história conhecida de aderências.

(18618) - COLITE ULCEROSA AGUDIZADA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Silva A P¹, Santos L¹, Lopes S¹, Cipriano M A¹, Figueiredo P¹, Portela F¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A exacerbação dos sintomas na colite ulcerosa nem sempre é devido a agudização da doença inflamatória. A exclusão de outras causas infecciosas e não-infecciosas é fundamental.

Objetivo: Descrição de um caso clínico de colite ulcerosa com dois episódios de agudização dos sintomas, com diferentes etiologias.

Resumo do Caso: Mulher de 51 anos, hipertensa e ex-fumadora, com o diagnóstico de pancolite ulcerosa em 2020, medicada messalazina oral 3g, considerada em remissão clínica e endoscópica, recorre ao serviço de urgência em Março de 2022, por aumento do número de dejeções com sangue (cerca de 10 por dia) e dor abdominal, com um dia de evolução. Analiticamente apresentava aumento da proteína C-reativa, da creatina cinase e hiponatremia, sem outras alterações de relevo no hemograma ou restante bioquímica. A ecografia abdominal mostrava um espessamento parietal com cerca de 6 mm, a nível do cólon sigmóide e descendente. A pesquisa da toxina de *Clostridioides difficile* nas fezes foi negativa. A retosigmoidoscopia realizada revelou áreas de mucosa congestiva, edemaciada, com algumas microerosões, estando a mucosa do reto sem alterações. Foram realizadas múltiplas biópsias. Com o diagnóstico

presumido de colite isquémica, a doente foi internada no serviço de Gastrenterologia, sob ciprofloxacina e metronidazol. Posteriormente, realizou angio-TC abdominal que não mostrou alterações das ansas intestinais nem alterações do eixo vascular. A análise histológica veio a mostrar alterações do padrão arquitetural, com infiltrado inflamatório misto e formação de um pequeno abscesso críptico.

A doente apresentou evolução favorável, tendo alta ao fim de 5 dias, medicada com messalazina 4g oral e em enema, terminando esquema de antibioterapia. Na consulta de reavaliação, duas semanas depois, verificou-se novo agravamento clínico. A retossigmoidoscopia mostrou mucosa difusamente congestiva, com apagamento do padrão vascular da submucosa e com algumas erosões. A pesquisa da toxina de *Clostridioides difficile* nas fezes foi positiva e a doente foi internada sob vancomicina oral. Em Agosto de 2022, na consulta de Doença Inflamatória Intestinal, estava assintomática, com calprotectina fecal de 80mg/Kg, mantendo terapêutica com messalazina oral 4g.

Relevância: Apresentamos este caso para salientar os desafios no diagnóstico diferencial perante uma exacerbação dos sintomas na doença inflamatória intestinal. No primeiro episódio apesar de histologicamente não apresentar alterações típicas de colite isquémica, também não revela os sinais típicos de cronicidade que estaríamos à espera de encontrar numa agudização da colite ulcerosa. O segundo episódio mostra uma causa comum de agudização dos sintomas nestes doentes.

(18619) - LAQUEAÇÃO ELÁSTICA HEMORROIDÁRIA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Pais D¹, Mónica I¹, Oliveira S¹, Andrade S¹, Colaço I¹,
Couceiro A¹, Melo F¹, Dias R¹, Cecílio J V¹

1 - Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução: A doença hemorroidária é uma patologia muito frequente nas sociedades desenvolvidas, afetando a qualidade de vida dos doentes. A laqueação elástica é um dos tratamentos de primeira linha nesta patologia, com sucesso significativo no controlo sintomático. Esta técnica é realizada em contexto ambulatorio, quer por

equipas de Gastrenterologia ou de Cirurgia Geral, sem necessidade de internamento.

Objetivo: O estudo tem como objetivo a apresentação da experiência na realização da técnica de laqueação elástica hemorroidária num Serviço de Cirurgia Geral.

Material e métodos: Realização de um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a laqueação elástica hemorroidária entre 2017 e 2021. Todos os procedimentos foram realizados por cirurgiões, em contexto de consulta de Coloproctologia.

Resultados: Entre o período estudado, foram realizados 855 procedimentos de tratamento de patologia hemorroidária na nossa instituição, correspondendo a 460 doentes. Analisando estes doentes, 360 (78,45%) foram submetidos a laqueação elástica hemorroidária, 73 (15,9%) submetidos a hemorroidopexia mecânica por técnica de Longo e 21 (4,6%) foram submetidos a hemorroidectomia por técnica de Milligan-Morgan. Tendo em conta apenas a população submetida a laqueação elástica, esta foi composta por 208 doentes do sexo feminino (57,8%) e 152 do sexo masculino (42,2%), com uma média de idades de 64,39 +/- 13,82 anos. Quanto à classificação de Goligher, 163 (45,3%) foram classificadas como grau 1 e 158 (43,9%) como grau 2. Em cada sessão foram realizadas uma média de 1,68 +/- 0,67 laqueações e cada doente teve uma média de 2,23 +/- 1,59 sessões. 45 (12,5%) destes doentes, necessitaram de complementar o tratamento com um procedimento cirúrgico, tendo sido a maioria submetidos à técnica de Longo (n=35; 77,8%). 319 doentes (88,6%) tiveram alta da consulta, sem necessidade de novo encaminhamento por recidiva durante o período estudado. Quanto a complicações, 5 (1,4%) tiveram complicações imediatas, 16 (4,4%) nas primeiras 2 semanas e 5 (1,4%) num período de 2 meses. A complicação mais comum foi dor anal (n=17; 4,7%). O tempo médio de seguimento foi de 21,87 +/- 28,68 meses, tendo sido maior na população obstipada (26,06 +/- 33,32 meses) do que a população com trânsito intestinal regular (19,04 +/- 24,76 meses).

Discussão/Conclusão: Com base neste estudo, podemos concluir que a laqueação hemorroidária é uma terapêutica fiável no controlo sintomático, com baixas taxas de complicações associadas e com boa aceitação por

parte do doente. Apesar da necessidade de seguimento prolongado, este pode ser diminuído consideravelmente pela implementação de medidas higienodietéticas, nomeadamente no controlo da obstipação, fator preponderante no desenvolvimento desta patologia.

(18620) - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: QUANDO A CAUSA VEM AOS PARES. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Silva A P¹, Graça A R¹, Almeida N¹, Amaro P¹, Figueiredo P¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A hemorragia digestiva baixa (HDB) é responsável por aproximadamente 20%-30% dos casos de hemorragia gastrointestinal. A incidência aumenta com a idade e em indivíduos polimedicados. É uma causa frequente de recurso aos cuidados de saúde.

Objetivo: Descrição de um caso clínico de HDB com duas causas identificadas na colonoscopia.

Resumo do caso: Homem de 84 anos, com múltiplas comorbilidades e polimedicado, anticoagulado com apixabano, recorreu ao serviço de urgência por hema-toquézias com um dia de evolução, sem outros sinais ou sintomas. Apresentava-se hemodinamicamente estável e foi constatada anemia normocítica, com 11,4g/dL de hemoglobina (queda de 1g/dL face a estudo anterior, 2 semanas antes). Ainda no serviço de urgência realizou retosigmoidoscopia sem preparação intestinal, que mostrou diverticulose cólica e uma lesão séssil, com 10mm de maior eixo, no reto médio, com hemorragia em toalha. O doente foi admitido na enfermaria, com o diagnóstico de HDB com provável origem no pólipó rectal. Realizou-se colonoscopia total após preparação intestinal anterógrada, que comprovou hemorragia de baixo débito no pólipó Paris tipo 0-Is. Adicionalmente, foi constatada hemorragia ativa em óstio diverticular num divertículo do cólon sigmóide. Deste modo, foi realizada polipectomia com ansa diatérmica do pólipó do reto e hemostase com injeção de adrenalina diluída e aplicação de 2 *endoclips* (EZ Clip, Olympus) de 7mm no vaso visível identificado no fundo do divertículo sangrante. No final do procedimento não havia evidência de hemorragia ativa.

Relevância: Apesar da diverticulose cólica ser a causa

mais comum de hemorragia digestiva baixa aguda (15 a 55% dos casos), ocasionalmente a mesma é provocada por pólipos cólicos sangrantes, embora estes estejam mais frequentemente associados a perdas hemáticas crónicas.

Os autores descrevem este caso de hemorragia digestiva, com a respetiva iconografia, pela ocorrência simultânea de dois focos hemorrágicos ativos, constituindo um alerta para esta possibilidade, sobretudo em doentes anticoagulados.

(18621) - AVALIAÇÃO DA MELHORIA DE QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO INSTRUMENTAL DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Carvalho I M¹, Campelo P¹, Barros S¹, Relvas L¹, Gago T¹, Caldeira P¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A doença hemorroidária é uma das doenças mais comuns do trato gastro-intestinal inferior e as complicações relacionadas são uma das causas mais frequentes de procura de ajuda médica. Os sintomas associados à doença hemorroidária podem ocorrer de 5% a 50% da população adulta. O objetivo do tratamento passa por reduzir o fluxo sanguíneo para os plexos hemorroidários, obliteração parcial do plexo e formação de uma cicatriz de tecido conjuntivo que previne o seu prolapso. Este processo pode ser conseguido através de terapêutica médica e medidas comportamentais, instrumentalização ou intervenção cirúrgica nos casos graves ou refratários.

Objetivo: Realizamos um estudo prospetivo com o intuito de avaliar a melhoria dos sintomas e da qualidade de vida em doentes submetidos a terapêutica médica e instrumentalização com aplicação de bandas elásticas ou escleroterapia com polidocanol espumoso.

Métodos: Foram aplicados 2 questionários validados para a classificação de sintomas da doença hemorroidária (ECSDH) e escala de Saúde Curta da Doença Hemorroidária (SHS-HD) nos doentes observados em consulta de proctologia no primeiro semestre de 2022. Foram critérios de inclusão no estudo doentes com pelo menos uma avaliação inicial e uma subsequente no período em que este decorreu, com compreensão do intuito do

estudo e preenchimento fiável das escalas.

Resultados e discussão: Foram selecionados um total de 24 doentes. Destes, foram excluídos 7 doentes por presença de comorbilidades confundidoras, como a fissura anal. Dos 17 doentes, 58.8% (n=10) foram submetidos a laqueação elástica e 41.2% (n=7) foram submetidos a escleroterapia. Entre os doentes avaliados, 94.1% (n=16) reportaram melhoria global dos sintomas. Destes, 76.5% (n=13) reportaram resolução total da hematoquécia e dor, enquanto os restantes 23.5% (n=3) reportaram diminuição da frequência destes sintomas. 58.8% (n=10) reportaram resolução total do prolapso e 35.3% (n=6) diminuição da frequência do prolapso. Apenas 1 doente reportou manutenção das queixas de dor, que associamos ao não cumprimento das medidas conservadoras e comportamentais. Em termos de qualidade de vida, todos os doentes reportaram melhoria significativa, principalmente nos componentes do “sentimento de bem-estar geral” e “interferência nas atividades de vida diárias”.

Conclusão: O nosso estudo demonstra uma melhoria global de sintomas e qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento instrumental associado às medidas médicas, enfatizando a importância de privilegiar uma abordagem combinada no tratamento da patologia hemorroidária. Salientamos, contudo, o facto de serem dados preliminares de um estudo prospetivo em curso para o estudo da melhoria de qualidade de vida na doença hemorroidária.

(18622) - OSTOMIAS – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO

Bagnari I¹, Vieira A¹

1 - Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Introdução: Os estomas estão indicados cirurgicamente em situações eletivas ou de urgência, em que as causas mais comuns são o cancro colorretal, a doença diverticular intestinal, a doença intestinal inflamatória e o trauma. As complicações precoces (durante o primeiro mês de pós-operatório) mais comumente reportadas são estoma de alto débito, dermatite periestomal, infeção, isquémia e retração do estoma. São ainda documentadas compli-

cações tardias, nomeadamente hérnia paraestomal, prolapso e estenose. A incidência das diversas complicações associadas é díspar na literatura, variando de 21% a 70%. Esta exteriorização intestinal através do abdómen está associada a um impacto negativo socioeconómico e na qualidade de vida, com potencial para elevada morbidade pelo que é imperativo um adequado tratamento pós-operatório e ensinos do correto cuidado do estoma. Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência de um hospital periférico com os seus utentes ostomizados.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de casuística com revisão de processos clínicos dos doentes submetidos a ostomia no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT) no período de janeiro de 2001 a março de 2022.

Critério de exclusão: registos clínicos com carência de informação.

Resultados: No total, foram intervencionados 129 doentes, com idade média de 69 ± 13 anos na data da cirurgia, maioritariamente do sexo masculino (58%). A decisão cirúrgica por confeção de ostomia ocorreu com maior frequência em caráter de urgência (55%) com formação de colostomia terminal em 49% dos casos.

Os 3 tipos de estoma mais frequentes foram a colostomia terminal (49%), seguida pela transversostomia (20%) e a colostomia esquerda em cano de espingarda (12%).

A percentagem de intercorrências tanto precoces como tardias registadas foi de 19%. Os doentes apresentaram no período pós-operatório inicial maceração da pele periestomal, necrose e infeção/deiscência do estoma. Num período mais tardio, documentaram-se hérnia paraestomal, prolapso intestinal e estenose do estoma. Na globalidade, a hérnia paraestomal apresentou maior frequência (5%).

Nos últimos 5 anos verificou-se um crescente número de ileostomias, com significado estatístico (valor de $p < 0,05$). À data deste estudo, 81% dos doentes com ostomias temporárias tinham sido submetidos a reconstrução do trânsito intestinal.

Conclusão: O estoma mantém-se como uma adequada opção terapêutica, sobretudo em intervenções cirúrgicas urgentes, sendo a colostomia terminal a mais recorrente.

Nossa população, as complicações encontram-se no limite inferior do documentado pela literatura. Este resultado positivo poderá advir de melhores cuidados e ensinos pela equipa de enfermagem e/ou por falta de documentação das complicações. Para além disso, a sua frequência está de acordo com a literatura, em que as duas principais complicações reportadas são a dermatite periestomal e a hérnia paraestomal.

A taxa de reconstrução do trânsito intestinal documentada neste estudo é superior relativamente à apresentada por S.N. Zafar *et al.* na população dos Estados Unidos da América (81% vs 65%).

BIBLIOGRAFIA

1. Bafford AC, Irani JL. *Management and complications of stomas*. Surg Clin North Am. 2013 Feb;93(1):145-66. doi: 10.1016/j.suc.2012.09.015. PMID: 23177069.
2. Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. *The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials*. Ann R Coll Surg Engl. 2018 Sep;100(7):501-508. doi: 10.1308/rcsann.2018.0126. Epub 2018 Aug 16. PMID: 30112948; PMCID: PMC6214073.
3. Whitehead A, Cataldo PA. *Technical Considerations in Stoma Creation*. Clin Colon Rectal Surg. 2017 Jul;30(3):162-171. doi: 10.1055/s-0037-1598156. Epub 2017 May 22. PMID: 28684933; PMCID: PMC5498162.
4. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, Fukano R, Oshima M, Konishi F, Rikiyama T. *Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications*. J Anus Rectum Colon. 2020 Jan 30;4(1):25-33. doi: 10.23922/jarc.2019-032. PMID: 32002473; PMCID: PMC6989127.
5. Zafar SN, Changoor NR, Williams K, Acosta RD, Greene WR, Fullum TM, Haider AH, Cornwell EE 3rd, Tran DD. *Race and socioeconomic disparities in national stoma reversal rates*. Am J Surg. 2016 Apr;211(4):710-5. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.11.020. Epub 2016 Jan 6. PMID: 26852146.

(18624) - SÍNDROME DE ÚLCERA SOLITÁRIA DO RECTO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Martins P¹, Prata R¹, Canha I¹, Loureiro R¹, Carvalho D¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: A síndrome de úlcera solitária do reto (SUSR) é uma doença benigna incomum que se caracteriza por ulceração do reto associada a retorragias e distúrbios da defecação. Apesar do nome amplamente disseminado, apenas uma minoria dos casos se apresenta como uma verdadeira úlcera solitária do reto. Nos restantes doentes, o espectro de achados endoscópicos é amplo, desde hiperémia da mucosa a múltiplas úlceras, ou lesões polipoides. O tratamento deve ser dirigido à causa subjacente, podendo necessitar de abordagem cirúrgica. Estudos retrospectivos, embora com um número limitado de doentes, demonstraram a eficácia da terapêutica com messalazina e corticosteróides tópicos. **Objetivo:** Apresentação de um caso de síndrome de

úlcera solitária do recto com discussão da abordagem diagnóstica e terapêutica, incluindo iconografia detalhada.

Resumo do Caso: Mulher, 78 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do cólon submetido a sigmoidectomia há 8 anos, apresenta-se com um quadro de retorragias. Realizou uma colonoscopia que revelou, nos 8 cm distais do recto, múltiplas lesões nodulares e polipoides, algumas confluentes, revestidas parcialmente por mucosa esbranquiçada; não se identificaram alterações na anastomose colo-rectal (10 cm da margem do anus), nem nos restantes segmentos a montante. As biópsias demonstraram um ligeiro infiltrado inflamatório misto na lâmina própria, não permitindo um diagnóstico definitivo. Coproculturas, pesquisa de ovos, quistos e parasitas, estudo microbiológico das biópsias, e zaratogatoa anal para PCR *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoea* foram negativos. Calprotectina 1242 ug/g. Optou-se por repetir o estudo endoscópico com nova colheita de material para avaliação histológica. Esta última revelou uma mucosa com erosões e aspectos pseudopolipoides, associados a fibrose do córion e ligeira distorção glandular, achados compatíveis com SUSR. A doente foi medicada com messalazina e budesonido tópicos, com remissão do quadro clínico. Por recorrência sintomática após suspensão terapêutica, manteve-se o tratamento com supositórios de messalazina.

Reavaliação endoscópica aos 6 meses mostrou uma úlcera superficial com exsudado aderente localizada aos 5 cm da margem do anus, sem outras alterações. Biópsias mantinham os achados histológicos previamente descritos, compatíveis com SUSR. Calprotectina 144 ug/g. A doente permaneceu assintomática sob messalazina tópica, atingindo valores normais de calprotectina ao final de um ano. Rectosigmoidoscopia de reavaliação aos 2 anos não apresentava alterações.

Relevância: Este caso demonstra o carácter pleomórfico dos achados endoscópicos na síndrome de úlcera solitária do reto na mesma doente ao longo do tempo. A remissão dos sintomas com a terapêutica instituída e a recorrência com a suspensão da mesma, sugerem que o uso de budesonido e messalazina tópicos desempenham um papel no processo de cicatrização das lesões.

(18626) - CARCINOMA DO CANAL ANAL: A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO

Carvalho I M¹, Campelo P¹, Barros S¹, Relvas L¹, Gago T¹, Caldeira P¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: O cancro anal é uma neoplasia que, apesar de relativamente pouco frequente na população geral, tem vindo a aumentar a sua incidência nos últimos anos. Segundo as recomendações mais recentes da sociedade portuguesa da coloproctologia, devem realizar rastreio de cancro anal os indivíduos com alto risco, designadamente: doentes com infeção HIV, homens que têm sexo com homens, mulheres com antecedentes de neoplasia do trato genital inferior e doentes transplantados. Nesta população de doentes está recomendada citologia anal a cada 1-2 anos. No entanto tem vindo a ser considerada a relevância do rastreio anal em mulheres com citologia cervico-vaginal positivas para a presença do HPV ou com lesões de qualquer grau.

Resumo: Relatamos o caso de uma mulher de 75 anos com antecedentes pessoais relevantes de hipertensão arterial e DM tipo 2, sem consumos tabágicos atuais ou pgressos, com um único parceiro sexual e atual companheiro e citologia cervico-vaginal prévia negativa para lesões intraepiteliais mas positivo para HPV. Recorre ao SU por hematoquézias de sangue vivo com 2 semanas de evolução e sensação de massa na região anal com proctalgia em agravamento. Ao exame proctológico observa-se lesão neoplásica exofítica, extensa e exuberante com envolvimento anterior de aproximadamente 15x10 cm. Apresentava área de necrose central, dificultando a identificação do canal anal e toque retal impossibilitado pela dor. Foram feitas biópsias e completado estadiamento com RMN pélvica, TC-TAP e análises. Foi feito o diagnóstico de carcinoma pavimento-celular invasivo pouco diferenciado cT3N0M0 com invasão dos esfíncteres internos e externos. Foi decidido em reunião multidisciplinar de doença oncológica digestiva a realização de quimio-radioterapia definitiva com 5-FU e mitomicina. Às 12 semanas após tratamento apresenta uma redução significativa da neoplasia com evidência em RMN de tumor residual no espaço interesfíncteriano.

Clinicamente houve melhoria considerável da proctalgia e regularização do trânsito gastro-intestinal com aumento subjetivo da qualidade de vida.

Conclusões: O estigma associado a estas lesões ainda parece ter impacto no tempo necessário para recorrer a ajuda médica, o que leva a deteção mais tardia. Por outro lado, também o facto do rastreio anal não estar ainda amplamente difundido, limitando a deteção precoce de lesões pré-malignas. Este caso clínico vem demonstrar a necessidade de realização de rastreio do cancro anal, bem como de ponderar a inclusão de doentes com citologia cervico-vaginal positiva.

(18628) - CYTOMEGALOVIRUS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: PATHOGEN OR INNOCENT BYSTANDER?

Silva A P¹, Madeira J¹, Temido M J¹, Lopes S¹, Cipriano M A¹, Figueiredo P¹, Portela F¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: The first case report on cytomegalovirus (CMV) infection in inflammatory bowel disease (IBD) was described by Powel *et al* in 1961. Since then, a multitude of studies reported the association between CMV infection and IBD, then is a debate on the true involvement in pathogenesis, association with disease flares and complications. **Objective:** Our aim was to evaluate the response to anti-viral treatment, regarding flare resolution with or without changes in IBD therapeutic.

Methods: Individuals with IBD that underwent colonoscopy between June of 2017 and June of 2022, with CMV seropositivity and infection, demonstrated in bowel specimens were retrospectively selected and analyzed. The infection was defined by detection of CMV-infected cells stained by hematoxylin and eosin or immunohistochemistry.

Results: Nine patients were included (44% women; mean age 46 years \pm 12.6). The mean of disease duration was 7.11 years (\pm 7.6), 7 (77.8%) had ulcerative colitis (UC) and 2 (22.2%) Crohn disease. Six (85.7%) UC patients had Mayo Endoscopic Score >1. In all patients, moderate to severe IBD was demonstrated by histology. Only 3 patients presented CMV blood dissemination. Six (66.7%) were medicated with biological agents and three (33.3%) with

steroids. The main symptom related was abdominal pain with bloody diarrhea (in 7 patients, 77.7%). All patients were admitted at hospital and medicated with anti-viral therapy (ganciclovir and valganciclovir), according to European Guidelines. The mean time until beginning of anti-viral treatment was 24.9 days (± 20).

Despite antiviral treatment, 7 patients (77.8%) maintained signs of activity and needed treatment escalation (4 initiated biological therapy, 2 changed the biological molecule and one intensified therapy). One patient didn't respond to medical therapy and was submitted to surgery.

Conclusion: The clinical significance of CMV-associated colitis in IBD remains a matter of debate. With almost all patients needed therapeutic changes for IBD, our finds reinforce the hypothesis that CMV-infection reactivation is a result of the inflammation of the bowel disease rather than a cause of severity.

(18630) - UM ACHADO INESPERADO NA PEÇA DE HEMORROIDECTOMIA

Garrido I¹; Coelho R¹; Macedo G¹

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A incidência do cancro anal tem vindo a aumentar, particularmente em determinados grupos de risco. A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) tem um papel preponderante na sua patogénese. A neoplasia desenvolve-se habitualmente na zona de transição escamocolumnar do canal anal, a partir de lesões precursoras que podem ser identificadas através de citologia e biópsia numa perspetiva de rastreio e diagnóstico precoce.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 50 anos, submetido a transplante renal há 10 anos por nefropatia de IgA, medicado com prednisolona, tacrolimus e micofenolato de mofetil. Foi referenciado à consulta de Cirurgia Geral por retorragias e sensação de prolapso hemorroidário com 6 meses de evolução. No exame proctológico identificaram-se hemorroidas grau III. O doente foi submetido a hemorroidectomia, sem intercorrências. O exame anatomopatológico revelou hemorroidas com trombose focal recobertas por mucosa ano-rectal com

lesões multifocais de carcinoma epidermóide "in situ" disperso. Observaram-se ainda focos de microinvasão <1mm do tecido conjuntivo subepitelial, sem imagens de invasão vascular linfática, venosa ou perineural. No estudo imunohistoquímico observou-se expressão forte e em bloco de p16. Realizou colonoscopia e RMN pélvica, sem alterações de relevo. O caso foi discutido em Reunião de Grupo Oncológico Colo-Retal, tendo sido decidido manter vigilância clínica em consulta de Gastreenterologia-Proctologia. A pesquisa de HPV foi efetuada na suspensão celular utilizada no exame citológico, tendo sido identificados HPV 16, HPV 18 e outros HPV de alto risco. Posteriormente, realizou anuscopia de alta de alta resolução que revelou lesão do canal anal ácido acético positivo, lugol negativo, tendo sido realizadas biópsias. O exame histológico revelou lesão intraepitelial pavimentosa de alto grau ("AIN3"). Assim, realizou terapêutica ablativa com árgon plasma, sem intercorrências. À reavaliação, não apresentava alterações de relevo no exame proctológico. Foram realizadas biópsias no local previamente fulgurado, sem evidência de displasia. Atualmente, o doente mantém seguimento em consulta externa de Gastreenterologia.

Discussão: Os autores reportam o caso de um doente diagnosticado com carcinoma epidermóide na peça da hemorroidectomia, um achado pouco habitual na prática clínica. Este caso reforça a importância do rastreio do cancro do canal anal em grupos de risco, nomeadamente os doentes transplantados. Na verdade, os transplantados de órgãos sólidos apresentam uma incidência estimada de cancro anal de 14/100000 pessoas/ano. Assim, é fundamental manter o rastreio com base na citologia anal, seguido de anuscopia de alta-resolução com biópsia em caso de citologia alterada.

(18633) - COLONIC PSEUDOLIPOMATOSIS – A RARE CASE OF COLONIC SMALL BUBBLES

Garrido I¹; Rodrigues-Pinto E¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introduction: Colonic pseudolipomatosis is a rare benign lesion, with distinct endoscopic and histologic findings. It appears as slightly elevated whitish adhe-

rent plaques often multiple and sometimes confluent. Histologically it is characterized by the presence of empty spaces of trapped gas in the lamina propria, resembling adipocytes in paraffin sections. However, immunohistochemistry shows that these spaces aren't actually lined by cells expressing adipocytic markers nor vascular markers. Colonic pseudolipomatosis is a benign disorder that tends to spontaneously disappear in 3 to 20 months. Therefore, conservative management is usually acceptable.

Case report: A 41-year-old man with a past medical history of kidney transplantation due to chronic idiopathic glomerulonephritis was admitted for recurrent pericardial effusion of unknown etiology. He denied gastrointestinal symptoms and had no previous endoscopic evaluation. During study of pericardial effusion etiology, patient performed an upper endoscopy which revealed no significant changes and a colonoscopy that showed multiple slightly elevated whitish lesions of irregular shape and variable size in the ascending and transverse colon. Abdominal computed tomography did not reveal any bowel abnormal thickening, nor gas lucencies within the bowel wall. The histopathological examination of the colonic lesions showed numerous variable-sized empty vacuoles of trapped gas (small "bubbles") in the lamina propria, resembling adipocytes. However, in the immunohistochemical study, expression of S100 protein was detected only in dispersed inflammatory-type cells of the lamina propria, ruling out adipocytes and supporting the diagnosis of pseudolipomatosis.

Discussion: Several mechanisms have been hypothesized for the pathogenesis of colonic pseudolipomatosis. Some authors suggested that residual hydrogen peroxide in the endoscope after rinsing is responsible for colitis and mucosal vacuolization. Another possible cause is a mechanical injury caused during an endoscopic procedure (by stretching, abrasive trauma, overinflation and biopsies of the colon), which may lead to the penetration of the luminal gas to the bowel wall. Since the prevalence is low, the diagnosis of pseudolipomatosis can be misleading and challenging. In fact, many endoscopists are unaware of this lesion and may confuse it with pseudomembranous colitis, colonic lipomatosis

or malakoplakia. The diagnosis is generally possible only after pathological assessment of biopsies taken from suspicious lesions.

(18634) - SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY E ATINGIMENTO GASTROINTESTINAL: DE QUE SUSPEITAR?

Ponte S B¹, Ferreira D G¹, Castro Poças F¹, Pedroto I¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A Síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) é rara, definindo-se pela presença de malformações capilares/venosas e sobrecrescimento dos membros, com ou sem malformações linfáticas. O diagnóstico é sobretudo clínico. O atingimento gastrointestinal ocorre em até 20% dos casos e manifesta-se habitualmente por hemorragia digestiva baixa filiada em malformações venosas. Pela identificação de mutações no gene PIK3CA na análise de casos selecionados, foi proposta a integração da SKT no espectro de patologias de sobrecrescimento relacionadas com o PIK3CA.

Objetivo: Caracterizar achados gastrointestinais em doente com SKT e reforçar eventual associação da SKT a patologias de sobrecrescimento lipomatoso.

Resumo do caso: Mulher de 61 anos, com atraso cognitivo, hipertensão arterial, diagnóstico de SKT e patologia hemorroidária. Antecedentes de cirurgia a varizes dos membros inferiores. História familiar de pólipos cólicos e pólipo vesical.

Em contexto de Cuidados de Saúde Primários realizou endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia total. Na EDA, observou-se eritema no corpo e lesão subepitelial (LSE) no antro; na colonoscopia, identificaram-se vários pólipos, removidos com ansa e com histopatologia compatível com displasia de baixo grau, e múltiplas LSE, a maior com 3 cm (no ângulo hepático) e uma de 5mm (a 18cm da margem anal, amarelada e granular), levando à hipótese diagnóstica de tumor neuroendócrino.

Referenciada a consulta hospitalar de Gastrenterologia para investigação adicional. Realizou nova EDA, com biópsias dirigidas à LSE do antro e histopatologia compatível com atrofia ligeira da mucosa, bem como ecoendoscopia alta com identificação de "lesão polipoide sésil na face anterior do antro, em avaliação ecográfica

dependente da submucosa, com ecoestrutura homogénea, hiperecogénica e 13mm de maior diâmetro, com contornos regulares, bem definidos, e interfaces com as camadas adjacentes preservadas” - características típicas de lipoma.

Realizou ecoendoscopia baixa, com progressão até 40cm da margem anal, com objetivação de 3 LSE, as maiores com 8mm, sugestivas de lipomas sob visualização com sonda de 12 mHz. Atendendo à descrição de cólon com progressão muito difícil em colonoscopia sob sedação realizada no exterior, bem como às dimensões da LSE do ângulo hepático, optou-se pela realização de tomografia computadorizada (TC) abdominal para melhor caracterização da mesma, em detrimento de colonoscopia total com mini-sonda. Na TC abdominal realizada, a LSE apresentava características compatíveis com lipoma.

De notar que em ambos os estudos endoscópicos não foram identificadas malformações venosas ou capilares ao longo da mucosa gastrointestinal observada.

Pela ausência de sintomas/complicações associadas aos lipomas teve alta da consulta hospitalar.

Relevância: A SKT é uma entidade complexa, não totalmente compreendida, que exige abordagem e seguimento multidisciplinar. O atingimento gastrointestinal está sobretudo associado à presença de malformações venosas. Neste caso, não foram identificadas alterações vasculares na mucosa gastrointestinal observada, mas sim vários lipomas. Este caso vem, assim, reforçar a possível associação da SKT a patologias de sobrecrecimento lipomatoso.

(18636) - LINFANGIOMA DO CÓLON - UM DIAGNÓSTICO RARO

Ferreira M¹, Rebelo F¹, Tomás S¹, Rocha F¹, Matos C¹,
Amaral J K¹

1 - Hospital de Cascais

Introdução: Linfangiomas são lesões benignas que resultam de malformações de tecido linfático. São mais frequentemente encontrados na pele, mas foram descritos em todo o corpo, exceto no cérebro. Os linfangiomas intra-abdominais são muito raros (cerca de 5%) e localizam-se mais frequentemente no mesentério, omento, mesocólon e retroperitoneu. Podem ser classificados em

simples, quísticos e cavernosos, com base na histologia.

Objetivo: Revisão da literatura a propósito de um caso clínico em que é diagnosticado um linfangioma do cólon numa doente submetida a resseção cirúrgica por suspeita de neoplasia.

Material e métodos: Trata-se de uma doente de 77 anos com antecedentes de diverticulose. Recorreu ao Serviço de Urgência por história de dor abdominal e perda ponderal com vários meses de evolução. Sem alterações do trânsito intestinal. A colonoscopia mostrou “protusão da mucosa por nódulo extra-mucoso com cerca de 15-20 mm, grosseiramente esférico, recoberto de mucosa de aspecto normal aos 25 cm da margem anal”. TC com presença de “lesão infiltrativa estenosante a nível sigmoideu”, sem outras alterações.

Resultados: Por suspeita de neoplasia, foi submetida a resseção segmentar do cólon sigmoide. Sem intercorrências de relevo no período pós-operatório (alta após 9 dias). O exame anatomo-patológico da peça revelou: “linfangioma quístico submucoso”. Mantém seguimento em consulta de cirurgia.

Discussão/Conclusão: O linfangioma quístico localiza-se mais frequentemente no cólon transversal seguido pelo cólon ascendente, cego e cólon descendente. Os doentes são geralmente assintomáticos, apresentando-se raramente com dor abdominal, enteropatia perdedora de proteínas, intusseção ou hemorragia. Alguns autores defendem que linfangiomas quísticos do cólon assintomáticos, menores que 2 cm, não necessitam de qualquer intervenção, já que se tratam de lesões benignas. No entanto, as limitações nas técnicas diagnósticas não invasivas têm levado à resseção cirúrgica destas lesões para confirmação diagnóstica. Os achados da ecografia endoscópica do linfangioma quístico do cólon são espaços císticos anecóicos submucosos com septações, muscular própria intacta e sem componente sólido. Doentes assintomáticos com achados clássicos de linfangioma quístico na ecografia endoscópica podem ser abordados conservadoramente.

(18639) - INVAGINAÇÃO INTESTINAL – AGE MATTERS

Madeira B F¹, Vale M J¹, Costa T¹, Coutinho L¹, Caldes P¹, Bispo S¹, Lourenço A¹

1 - Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução:

A invaginação intestinal consiste na introdução de um segmento intestinal no lúmen do intestino contíguo.

Ainda que possa ocorrer em qualquer idade, cerca de 80 a 90% dos casos surgem em crianças com menos de 2 anos, sendo o divertículo de Meckel a causa mais comum nesta faixa etária. Nos adultos prevalece a etiologia tumoral.

A presença de imagens circulares “em alvo” identificadas em ecografia, ou em tomografia computadorizada abdominal e pélvica (TC AP) corroboraram a suspeita diagnóstica.

A morbi-mortalidade é condicionada pela etiologia, diagnóstico precoce e instituição do tratamento adequado de forma atempada.

Objetivo: Apresentação de dois casos clínicos, expondo a abordagem inicial, conduta diagnóstica e terapêutica.

Resumo: Trata-se de uma criança e um adulto do género masculino, com 13 e 34 anos de idade, admitidos pelo Serviço de Urgência por dor abdominal difusa, constante, com exacerbações tipo cólica com algumas horas de evolução e agravamento progressivo.

O 1º caso tinha elevação de parâmetros inflamatórios, tendo a TC AP revelado ansa de delgado ao nível do flanco direito e região peri-umbilical com sinais de distensão, espessamento e edema da parede, assim como alguns achados sugestivos de compromisso vascular. A intervenção cirúrgica de urgência evidenciou uma invaginação íleo-ileal, condicionada por divertículo de Meckel, com isquémia irreversível do segmento invaginado. Procedeu-se a enterectomia segmentar com anastomose íleo-ileal. No 2º caso, o estudo analítico demonstrou apenas leucitose. A TC AP revelou invaginação íleo-cólica com extensão até ao segmento médio do cólon ascendente, com pequena quantidade de líquido peritoneal e sem pneumoperitoneu. A celiotomia evidenciou invaginação íleo cólica irreduzível.

Foi submetido a hemicolectomia direita e anastomose íleo-cólica.

Os pós-operatórios decorreram sem complicações e os doentes tiveram alta ao 6º dia pós-operatório. O estudo anátomo-patológico demonstrou: necrose hemorrágica do tipo isquémico associada à presença de divertículo de Meckel no 1º caso e à presença de um pólipo fibróide inflamatório no 2º.

Na consulta de *follow-up* mantinham boa evolução, com posterior alta.

Relevância: A clínica inespecífica de invaginação intestinal exige um elevado nível de suspeição que, aliada aos achados imagiológicos, corrobora o diagnóstico. A cirurgia e o estudo anátomo-patológico definem a etiologia.

(18640) - OCLUSÃO INTESTINAL - PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ENDOMETRIOSE

Costa T¹, Caldes P¹, Madeira B F¹, Cabral L C¹, Campos A¹, Lourenço A¹

1 - Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução: A endometriose é uma patologia benigna que afeta maioritariamente mulheres na idade fértil. Esta patologia crónica pode-se apresentar com invasão profunda de diversos órgãos, como o trato gastrointestinal, e mais frequentemente do colon sigmoide. A endometriose intestinal pode ser assintomática ou manifestar-se com sintomas inespecíficos, como diarreia, obstipação e cólica abdominal, uma clínica sobreponível a diversas doenças gastrointestinais crónicas. Mais raramente, a endometriose intestinal pode condicionar um quadro de oclusão intestinal. A oclusão intestinal associa-se a significativa morbilidade e mortalidade e, mais frequentemente em adultos, está associada a neoplasia colorrectal. Perante um quadro intestinal oclusivo, o diagnóstico diferencial entre as diversas etiologias é difícil, sendo de extrema importância considerar os antecedentes pessoais, a evolução da sintomatologia e reconhecer as diversas etiologias possíveis.

Objetivo: Através de um caso clínico, lembrar que a endometriose intestinal pode constituir uma etiologia da oclusão intestinal em mulheres em idade fértil.

Caso-clínico: Mulher de 35 anos, sem antecedentes de relevo, que apresentava um quadro de distensão abdo-

minal, dor abdominal em cólica, vômitos e ausência de trânsito para gases ou fezes, com 2 semanas de evolução. Sem alterações analíticas de relevo e com presença de níveis hidroaéreos nas radiografias abdominais. Perante a terceira vinda ao serviço de urgência, e sem cedência após terapêutica conservadora, propôs-se para laparotomia exploradora. No intraoperatório, evidenciou-se uma lesão estenosante no cólon sigmoide, pelo que a utente foi submetida a uma cirurgia de Hartmann, sem intercorrências no pós-operatório. Histologicamente a lesão estenosante apresentava focos de endometriose, sem visualização de células neoplásicas. Perante uma primeira manifestação de endometriose, a utente foi referenciada para a consulta de Ginecologia. Após 4 meses da primeira cirurgia, utente submetida a reconstrução do trânsito gastrointestinal, sem intercorrências. Utente mantém-se a cumprir terapêutica dirigida e seguimento na consulta externa de ginecologia, sem outras complicações da endometriose.

Relevância: A endometriose deverá ser considerada como uma possível etiologia de um quadro de oclusão intestinal em mulheres em idade fértil. Apesar do difícil diagnóstico diferencial, tanto no pré-operatório como no intraoperatório, é importante que a equipa considere sempre a história clínica e evolução da sintomatologia e reconheça as diversas etiologias possíveis, visando maximizar os cuidados prestados.

(18642) - CONSULTA DA UNIDADE FUNCIONAL DE COLOPROCTOLOGIA – A EXPERIÊNCIA DA NOSSA INSTITUIÇÃO

Martins D¹, Ribeiro J¹, Dupont M¹, Freitas F¹, Marques C¹, Vieira B¹, Leal C¹, Guidi G¹, Fernandes U¹, Marques R¹, Oliveira A¹, Pinto-De-Sousa J¹

1 - Departamento de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: As disfunções do pavimento pélvico (PP), mais frequentes na mulher, devem-se a fatores fisiológicos e anatómicos sendo a gravidez e o parto alguns dos principais fatores predisponentes. Outros fatores como as alterações hormonais da menopausa, sobrecarga abdominopélvica, cirurgias perianais e envelhecimento, entre outros levam à atrofia progressiva do PP.

A disfunção do PP manifesta-se por uma panóplia de sintomas, nomeadamente incontinência urinária, incontinência fecal e/ou anal, prolapso de órgãos pélvicos, evacuação obstruída e disfunção sexual, que podem ser isolados ou coexistir, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. A simbiose entre os 3 compartimentos (na mulher) implica estrita colaboração entre a Cirurgia Geral, a Ginecologia, Urologia e a Medicina Física de reabilitação.

A história clínica e exame físico detalhados, complementada pelos meios complementares de diagnóstico (MCDTs) (manometria, endoscopia ano-rectal e defecorressonância) permitem a estratificação da disfunção pélvica e subsequente orientação terapêutica. As técnicas cirúrgicas individualizadas aliadas à reabilitação do PP corrigem as alterações anatómicas e melhoram a atividade funcional com objetivo máximo de devolver a qualidade de vida ao doente.

O objetivo deste estudo é de apresentar a casuística da Instituição demonstrando a importância de uma consulta dirigida a esta patologia, com incidência subvalorizada.

Material e métodos: A unidade funcional de coloproctologia foi criada em Junho de 2020 e desde então observa doentes com sintomatologia do PP orientados dos Centros de Saúde ou de outras consultas da Instituição. Retrospectivamente, foram identificados todos os doentes e registados dados relativos ao sexo, idade, Índice de Massa Corporal (IMC), antecedentes médicos e cirúrgicos relevantes, antecedentes obstétricos e estratificados os sintomas e achados ao exame físico e nos MCDTs.

Foram também identificadas as principais orientações terapêuticas aplicadas.

Foram excluídos doentes que perderam seguimento desta consulta ou nos quais foi diagnosticada patologia exclusiva de Urologia ou Ginecologia.

Resultados: Foram identificados 59 doentes, dos quais 80% do sexo feminino. A média de idades foi de 60 (2) anos e verificou-se que 40% dos doentes apresentavam excesso de peso, 36% doença psiquiátrica e 12% diabetes. Cerca de 50% tinham história de cirurgia perianal prévia.

No sexo feminino, verificou-se que 92% das doentes

tiveram parto natural, das quais 64% múltiparas e 21% com bebés macrossómicos. Na maioria dos casos os partos foram instrumentalizados com fórceps ou ventosas (70%) e as doentes submetidas a episiotomia (72%). 33% das mulheres da consulta eram hysterectomizadas e 15% apresentavam dispareunia.

O motivo mais comum de referenciação à consulta foi a sensação de tumefação perianal (36%) e a incontinência anal e/ou fecal verificaram-se em quase 1/3 da população (44% e 36%, respetivamente), sendo que 25% apresentavam incontinência fecal completa - índice de Wexner entre 15-20. Mais de metade dos doentes da consulta apresentavam queixas de obstipação (59%) com sensação de evacuação obstruída em 52% e incompleta em 68%. Nestes doentes o tipo de fezes mais comum de acordo com a classificação de Bristol foi tipo 2 (30%). Relativamente ao exame objetivo e MCDTs, 86% apresentavam períneo descendente e 46% retocelos. 80% destes doentes foram referenciados para fisioterapia do pavimento pélvico e 14% (8 doentes) submetidos a cirurgia. Quatro doentes (11,4%) apresentavam anismo e 2 (3,4%) lesão esfíncteriana obstétrica. Dos doentes operados, a cirurgia mais comum foi a Stapled Transanal Rectal Resection (STARR), realizada em 5 doentes (63%). Alguns doentes aguardam término da RPP para decisão sobre futuros procedimentos cirúrgicos, nomeadamente rectopexia ventral laparoscópica.

Conclusão: A disfunção do PP é uma patologia subestimada e frequentemente desvalorizada, com impacto francamente negativo na qualidade de vida dos doentes. Esta casuística, apesar das limitações inerentes a uma amostra pequena, revela que a patologia do PP é bastante comum e levanta a possibilidade das sequelas do parto e das cirurgias perianais como fator causador. Desta forma, torna-se pertinente aprimorar a abordagem da patologia coloproctológica bem como a sensibilização para lesão esfíncteriana obstétrica, de forma a minimizar as sequelas. A criação de uma consulta para referenciação destes doentes permite o seu diagnóstico precoce e orientação para a terapêutica adequada.

Assim é fundamental a identificação precoce e abordagem multidisciplinar destes doentes de forma a conferir-lhes uma maior qualidade de vida.

(18643) - ACUTE HEMORRHAGIC RECTAL ULCER SYNDROME - OVER-THE-SCOPE CLIP TO THE RESCUE

Correia J¹, Ponte A¹, Afecto E¹, Estevinho M M¹, Freitas T¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Case Presentation: A 77-year-old bedridden hospitalized female patient presented with rectal bleeding since the last 2 days. Past medical history included dementia, epilepsy, obesity and abdominal aorta aneurism. The patient was under antiplatelet therapy with clopidogrel. She had been hospitalized due to a urinary tract infection.

On physical examination, the patient did not present hemodynamic instability and her abdominal examination was unremarkable. Fresh blood was present on digital rectal examination, but no other abnormalities were described.

She required transfusional support due to severe anemia (hemoglobin level of 6.7 g/dL). Colonoscopy after a rectal enema was performed, revealing a 10mm-ulcer with a 3mm actively spurting vessel. Successful hemostasis was achieved after deployment of an *over-the-scope* clip on the ulcer, trapping the vessel.

On the next few days, there were no signs of rebleeding and the patient was then discharged.

Discussion: Acute hemorrhagic rectal ulcer syndrome (AHRUS) has been described by some authors has a distinct entity, affecting more commonly elderly and bedridden patients. Pathophysiology involves rectal wall ischemia due to supine position, as well as malnutrition and atherosclerosis. Typical presentation consists in sudden onset of profuse and non-painful rectal bleeding. Endoscopic hemostatic techniques have largely replaced the transanal surgical approaches in this setting. Given that the patient was under antiplatelet therapy, thermo-coagulative techniques were contraindicated. The deployment of an OSTC successfully trapped the bleeding vessel, enabling primary and long-term hemostasis. AHRUS may be massive and potentially life-threatening, thus early recognition and management is imperative.

(18645) - HYBRID ARGON PLASMA COAGULATION-ASSISTED ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION OF NON-PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS - A SYSTEMATIC REVIEW AND METANALYSIS

Estevinho M M¹, Pinho R¹, Afecto E¹, Correia J¹, Freitas T¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Introduction: Endoscopic mucosal resection (EMR) is the mainstay for removing large non-pedunculated colorectal polyps. However, local recurrence occurs in up to 30%. Several methods to reduce recurrence have been attempted, being hybrid argon-plasma coagulation (hAPC) the most recent.

Aims: We aimed to perform a systematic review and meta-analysis on the efficacy and safety of hAPC assisted EMR for colorectal polyps >20 mm.

Material and methods: Three electronic databases were searched from inception up to 15th of September 2022. Studies were selected and analyzed by two independent authors, in line with PRISMA guidelines. Then, random-effects meta-analyses of proportions for recurrence at 6 months and post-procedure complications were performed using R. Studies' reporting quality was also assessed.

Results: From 406 identified records, three were included, comprising 146 patients submitted to hAPC. All studies were published in 2022, one was retrospective and compared hAPC-assisted EMR with standard EMR; the other two were single-arm prospective studies. Pooled proportion of recurrence after hAPC-assisted EMR was 0.00 (95%CI 0.00-0.03, I²=42%). In the only comparative study, the use of hAPC reduced the risk of local recurrence in 20.7 percentage points. Concerning safety, the pooled proportion of post-procedure bleeding was 0.05 (95%CI 0.01-0.11, I²=31%); only one microperforation and one case of postpolypectomy coagulation syndrome were reported, both managed conservatively.

Discussion/Conclusion: Despite the added cost, hAPC seems to offer a safe reduction in recurrence rate after colorectal EMR in comparison to the reported in the literature for the other techniques, such as snare tip soft coagulation (STSC) and conventional APC (cAPC). The higher efficacy of hAPC may be related with the ablation

not only of the borders of the resection site, but also of the microscopic disease at the resection bed. Trials comparing hAPC with other ablative strategies are required to support the use of this technique.

(18646) - COLONOSCOPY DEMAND: HISTORICAL TREND ANALYSIS, FORECAST FOR 2022, CAPACITY PLANNING AND VALIDATION

Estevinho M M¹, Pinho R¹, Veloso R², Rodrigues T³, Afecto E1, Correia J¹, Freitas T¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho;

2 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 3 - Information Systems and Technologies Service, Hospitalar Center of Vila Nova de Gaia Espinho, Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal. Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Universidade do Porto

Introduction: The demand for colonoscopy is projected to increase in the next years, mainly because of increasing uptakes of colorectal cancer screening programs. Demand prediction of endoscopic procedures is critical to better plan capacity and resource allocation, improving productivity and efficiency. However, to date, none of the available endoscopy software allows extrapolating future demand from the analysis of past data. The authors applied business analytic time series models to overcome this limitation.

Aims: To develop and validate a model predicting the need for colonoscopy in a Portuguese tertiary hospital endoscopy unit.

Material and methods: A query to our unit endoscopy database was done to retrieve colonoscopy demand from 2015 to 2021. The graphical inspection allowed inferring trend and seasonality and to select the best forecasting model. The mean absolute percentage error (MAPE) was calculated. Also, the actual demand in the first two quarters of 2022 was used to validate the model.

Results: During the 7-year period, 21.985 colonoscopies had been requested. In the time series, analysis seasonality without trend was detected; the second quarter of 2020 was adjusted based on historical data, considering the impact of COVID-19 on demand. Using simple seasonal exponential smoothing, 3.679 colonoscopies are projected to be required during 2022, with a MAPE of 7.7%. Considering a 40 hours-dedication to endoscopy

for 48 weeks, 1.44 full-time equivalent endoscopists will be required to perform all colonoscopies during 2022. Concerning model validation, the actual demand in the first two quarters of 2022 was within the predicted range – (998 versus 985 [95%CI 831-1139] and 830 versus 923 [95%CI 751-1095] for the first and second quarters of 2022, respectively).

Discussion/Conclusion: The addition of predictive analytics to the endoscopy reporting system, as the hereby described, may generate dashboards populated with predictive data that may be used to better tailor endoscopic activity, improving health care. Future studies may improve these models, by predicting the demand for other health-care professionals besides the endoscopists and adding more variables (external causes).

(18648) - QUANDO UMA COLITE GRAVE COM FÍSTULA COLOVESICAL NÃO É DOENÇA DE CROHN

Vasconcelos A C¹, Ferreira D², Sampaio M², Pedroto I², Caetano C²

1 - Instituto Português de Oncologia do Porto;

2 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A diverticulose cólica é a alteração mais frequentemente encontrada na colonoscopia, a prevalência aumenta com a idade, estimando-se que esteja presente em dois terços dos doentes com mais de 80 anos de idade. A grande maioria dos doentes permanecem assintomáticos no curso da sua vida. Quando se manifesta, a apresentação clínica é variável, desde doença não complicada a diverticulite e hemorragia diverticular. O desenvolvimento de fístulas ocorre numa pequena fracção dos doentes com diverticulite, mas está presente em cerca de 20% dos doentes a necessitar de tratamento cirúrgico. As fístulas colo-vesicais são o tipo mais comum na diverticulite. A colite segmentar associada à diverticulose é uma manifestação cada vez mais reconhecida da doença, descrita em 0.3 a 1.3% dos doentes com diverticulose. Quer a diverticulite complicada quer a colite segmentar associada à diverticulose podem mimetizar clínica, endoscópica e histologicamente a Doença Inflamatória Intestinal, particularmente a Doença de Crohn.

Objectivo: Alertar para a ocorrência de mimetizadores de Doença Inflamatória Intestinal.

Resumo do caso: Mulher de 75 anos recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e diarreia. Tinha tido alta três semanas antes, da enfermaria de Cirurgia Geral, onde esteve internada por diverticulite aguda não complicada, tratada conservadoramente. Após a alta, apresentou recrudescimento da dor abdominal e início de diarreia. Referia dor abdominal em crescendo, sobretudo dos quadrantes superiores. Negava febre, dejectões nocturnas, queixas genitourinárias, e desconhecia a presença de sangue ou muco nas fezes. Objectivamente apresentava abdómen distendido, timpanizado, com dor à percussão e palpação do epigastro e hipocôndrio esquerdo com defesa. Toque rectal indolor, com ampola preenchida por fezes castanhas sólidas. Como antecedentes de relevo, tinha uma fístula colovesical diagnosticada acidentalmente seis anos antes em tomografia computadorizada abdominal. Em colonoscopia total dessa altura observado apenas eritema e erosão da válvula ileocecal, histologicamente com infiltrado inflamatório crónico ligeiro. Referia episódios recorrentes mas auto-limitados de dor abdominal nos últimos anos. Analiticamente, anemia normocítica e normocrómica com necessidade de suporte transfusional (Hb 6.0g/dL), trombocitose (plaquetas 600×10^9 cel/uL), hipoalbuminemia grave (19.1g/L) e elevação da proteína C reactiva (332mg/L). Tomografia computadorizada abdominal mostrava espessamento parietal difuso concêntrico do cólon desde o ângulo esplénico até à transição rectossigmoideia. Na rectossigmoidoscopia, observadas várias úlceras profundas aos cerca de 30 cm da margem anal, com o cólon sigmóide distal e recto poupados. Foi internada por colite grave de etiologia indeterminada, tendo iniciado corticoterapia em alta dose, antibioterapia e nutrição parentérica. Numa fase inicial, teve uma melhoria clínica lenta e gradual, com evidência de níveis hidroaéreos em radiografias abdominais seriadas. Duas semanas mais tarde, TC abdominal de reavaliação mostrava melhoria global, tendo iniciado nutrição entérica exclusiva com boa tolerância. Ao fim de quatro semanas de internamento, após tentativa de preparação intestinal que doente não tolerou, desenvolveu quadro suboclusivo, com evi-

dência de estenose do cólon sigmóide em tomografia computadorizada, a condicionar dilatação do cólon a montante. Ao fim de 5 dias, sem melhoria, foi submetida a sigmoidectomia com colostomia e cistorrafia, com diagnóstico intra-operatório de doença diverticular do cólon complicada de estenose e fístula colovesical com abscesso interposto. O exame histológico corroborou o diagnóstico cirúrgico, sem características histológicas de doença inflamatória intestinal. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta ao 13º dia após a cirurgia.

Relevância: Este caso clínico evidencia a importância de ter presente os diagnósticos diferenciais de colites graves, incluindo entidades patológicas menos comuns, que possam mimetizar quadros de Doença Inflamatória Intestinal.

(18649) - RETOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA DE D'HOORE

Coelho M N¹, Almeida J¹

1 - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: O prolapso rectal completo é uma intuscepção de reto através do canal anal, que conduz a lesões progressivas do esfíncter anal e consequente incontinência. História de obstrução defecatória, esforço prolongado para defecar e obstipação parecem estar relacionados com o desenvolvimento do prolapso na maioria dos doentes. O objetivo da intervenção cirúrgica é corrigir o defeito anatómico e restaurar a continência fecal. A retopexia abdominal está associada a melhores resultados a longo prazo do que os procedimentos perineais no tratamento do prolapso.

Resultados: É apresentado o caso clínico de sexo feminino, 46 anos, enviada à consulta externa de cirurgia por prolapso retal, com cerca de 3 meses de evolução. Antecedentes de obstipação crónica, à data com incontinência associada ao prolapso. Ao exame físico objetivado prolapso rectal completo, de fácil redução (imediatamente recidivante após ortostatismo), com boa contractilidade voluntária. Após avaliação e estudo pré-operatório foi proposta para retopexia ventral laparoscópica de D'Hoore.

O procedimento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta no primeiro dia pós-operatório.

Na consulta de seguimento, às 6 semanas, a doente mostrava-se satisfeita com os resultados, sem sinais de recidiva de prolapso rectal, com continência para gases, referindo apenas urgência defecatória. Por esfíncter hipotónico foi enviada para tratamentos de biofeedback. O video pretende demonstrar a técnica da retopexia ventral laparoscópica.

Conclusão: A retopexia ventral laparoscópica é uma técnica eficaz, reprodutível e minimamente invasiva para a correção do prolapso rectal, que se encontra associada a pouca morbidade. A colocação da prótese na posição ventral mostra benefício ao diminuir os sintomas de obstrução defecatória, evitando os pós-operatórios com obstipações de difícil resolução.

(18652) - CARCINOMA NEUROENDOCRINO: ALERTA AO PROCTOLOGISTA.

Oliveira A¹; Mascarenhas L¹, Guerra A¹, Timoteo T¹; Cravo M¹

1 - Hospital da Luz

Introdução: Uma variedade de lesões compreende os tumores do canal anal, sendo o carcinoma in situ e os carcinomas epidermóides os mais comuns. Neoplasias anais menos comuns incluem adenocarcinoma, melanoma, tumores de células estromais gastrointestinais, tumores neuroendócrinos (NE) e tumores de Buschke-Lowenstein.

O carcinoma NE pode surgir em qualquer parte do corpo, mas as neoplasias neuroendócrinas da região anorretal são extremamente raras e provavelmente surgem das células neuroendócrinas na mucosa do tipo colorretal, embora as células neuroendócrinas possam ser presente na mucosa da zona de transição anal.

Os tumores NE anais parecem se comportar de forma mais agressiva e com pior prognóstico.

Objetivo: Pretende-se com este caso realçar a importância do exame objectivo na proctologia e o diagnóstico diferencial das lesões perianais.

Resumo do caso: Apresenta-se o caso de uma doente, 73 anos, com antecedentes conhecidos de doença do refluxo gastroesofágico e status pós colecistectomia (4

meses antes), medicada em ambulatório com bromazepam 3mg, omeprazol 20mg e trazodona 50mg.

Doente internada no nosso hospital com quadro de mal-estar geral, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada, desde há 2 meses. A doente à admissão encontrava-se febril e com dor no hipocôndrio direito. Ao exame objectivo a salientar, abdómen doloroso à palpação do hipocôndrio direito com rebordo irregular, adenopatias inguinais palpáveis e edemas dos membros inferiores bilateralmente. Analiticamente com anemia, citocolestase e elevação da bilirrubina total, sem outras alterações relevantes.

Realizou ecografia abdominal que revelou metastização hepática múltipla, avaliação complementada com tomografia computadorizada abdomino-pélvica que revelou marcada heterogeneidade hepática em relação com incontáveis formações nodulares sólidas dispersas compatíveis com depósitos secundários e múltiplas adenopatias inguinais.

A endoscopia digestiva alta que revelou gastropatia superficial. Na colonoscopia foi observada alteração do tegumento cutâneo perianal, de forma circular, com ligeiro aspecto verrucoso e com extensão ao canal anal, sem outras lesões de toda a mucosa do colon.

Foram realizadas biopsias da lesão perianal e das lesões hepáticas, o estudo anatomopatológico revelou fragmentos de mucosa anal com evidência de focos de carcinoma NE com envolvimento pagetóide do epitélio de superfície. As células neoplásicas eram CK20+, CK7+/-, CDX2+, p63-, p16+, Cromogranina+, Sinaptofisina+. O índice de proliferação celular era superior a 90%. As biopsias hepáticas foram concordantes com a biopsia perianal. A doente foi então avaliada e estadia, tendo-se admitido carcinoma NE alto grau do canal anal (Ki67 - 100%) -Estadio IV.

Iniciou quimioterapia paliativa com Carboplatina, Etoposido e Pegfilgastrim. Por agravamento clínico, foi reinternada dois meses depois nos Cuidados Paliativos e vindo a falecer nesse internamento.

Pretende-se com este caso realçar a raridade do diagnóstico, pela afecção perianal, diagnóstico realizado na técnica de Gastrenterologia onde o exame objectivo deve ser sempre realizado, neste caso sobretudo importante

pois residia a neoplasia primária. Além disto o estudo anatomopatológico com boa capacidade de diagnóstico diferencial e o alerta para tumores mais raros. Quadro descrito em concordância com a bibliografia, atendendo ao prognóstico reservado.

(18653) - VÓLVULO DO CEGO, ENTIDADE RARA E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO - A PROPÓSITO DE UM CASO

Marinho B^{1,2}, Silva E^{1,2}, Brandão P^{1,2}, Sampaio M^{1,2}, Silva A C^{1,2}, Santos M D^{1,2}

1 - Unidade de Cirurgia Colorretal do Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), Universidade do Porto

Introdução: O vólvulo cecal corresponde à rotação de um cego móvel sobre si próprio, sendo responsável por cerca de 1 a 3% de todas as oclusões de cólon. Acredita-se que possa ter origem numa hiper mobilidade cecal congénita, secundária a uma fixação inadequada do mesentério do cólon ascendente ao retroperitoneu. No entanto, alterações anatómicas adquiridas, como aderências de cirurgias prévias, gravidez, atonia cólica e doença de Hirschsprung, também têm sido associadas ao desenvolvimento de vólvulo do cego. A população afetada difere da que apresentam vólvulo do sigmoide, sendo mais prevalente em mulheres jovens. A etiopatogenia do vólvulo do cego consiste na torção axial do cego, íleo terminal e cólon ascendente em torno do seu mesentério. Se não for tratado, pode evoluir para isquemia, com eventual necrose e perfuração. É mais raro e mais difícil de diagnosticar do que o vólvulo do sigmoide e, contrariamente a este, que pode ser frequentemente abordado por via endoscópica, o vólvulo do cego constituiu indicação formal para cirurgia urgente.

Objetivo: Os autores pretendem apresentar, sob o formato de poster, um caso clínico de uma oclusão intestinal por vólvulo do cego, numa doente com antecedentes familiares.

Materiais e métodos: Apresentação e documentação fotográfica de um caso clínico.

Resultados: Doente do género feminino, de 57 anos. Com antecedentes de mieloma múltiplo na perna esquerda (Breslow 0,31 mm), submetida a exérese alargada

em Novembro de 2016 noutra Hospital. Sem outras doenças conhecidas e sem medicação habitual. Recorreu ao SU do nosso Hospital por quadro clínico com 3 dias de evolução e com agravamento progressivo, caracterizado por dor abdominal em cólica difusa, ausência de trânsito intestinal, vômitos e anorexia. Tinha nos seus antecedentes episódios semelhantes desde há uns anos, mas autolimitados. Por este motivo, foi avaliada em consulta de Gastroenterologia com realização EDA e colonoscopia que não revelaram alterações. De antecedentes familiares era de referir a existência de uma irmã, com queixas semelhantes, que teria sido operada por uma “torção do intestino”.

Objetivamente à admissão, apresentava abdómen distendido, timpanizado, doloroso à palpação difusa e com ruídos hidroaéreos diminuídos. Analiticamente sem alterações de relevo. A TC AP revelou a presença de cego muito dilatado e localizado nos quadrantes esquerdos, sugestivo de vólculo do cego com rotação dos vasos mesentéricos. Submetida a laparotomia exploradora, foi confirmada a presença de vólculo do cego com rotação do seu mesentério provocando distensão cecal acentuada, mas ainda sem sinais isquémicos. Foi realizada uma resseção ileocecal com anastomose ileo-cólica latero-lateral semi-mecânica. O pós-operatório decorreu com abscesso intra-abdominal resolvido com antibioterapia e drenagem percutânea. A doente teve alta para o domicílio após um internamento de 28 dias.

Discussão/ Conclusão: Na prática clínica, encontram-se com frequência quadros de oclusão intestinal por vólculo do sigmoide, principalmente numa população envelhecida e com elevado grau de dependência. Por esse motivo o diagnóstico e a abordagem desta entidade pelo cirurgião, são geralmente mais fáceis. O mesmo não se verifica para o vólculo do cego, que sendo uma entidade muito mais rara, com uma interpretação imagiológica mais difícil e numa população mais jovem tem geralmente um diagnóstico tardio e com consequências desastrosas.

No presente caso clínico o diagnóstico foi feito em tempo útil, permitindo uma cirurgia de resseção com anastomose. Para tal, pode ter contribuído neste caso a existência de história familiar: duas irmãs com vólculo

do cego (possivelmente ambas com alterações durante o desenvolvimento embrionário que condicionaram a existência de um meso cecal com inadequada fixação ao retroperitонеu, predispondo à volvulação).

(18654) - GIST JEJUNAL, TUMOR RARO E SILENCIOSO, A PROPÓSITO DE UM CASO

Marinho B^{1,2}, Silva E^{1,2}, Brandão P^{1,2}, Sampaio M^{1,2}, Silva A C^{1,2}, Santos M D^{1,2}

1 - Unidade de Cirurgia Colorretal do Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), Universidade do Porto

Introdução: Os GIST (tumores do estroma gastrointestinal) são neoplasias raras, contudo, correspondem aos tumores mesenquimatosos mais frequentes do tubo digestivo. Representam cerca de 1 a 2% dos tumores gastrointestinais primários. Podem surgir em qualquer local do trato gastrointestinal e têm potencial maligno, embora com grau de agressividade variável. A apresentação clínica depende de diversos fatores, como da sua localização, dimensão, desenvolvimento de hemorragia, metastização à distância, entre outros. Contudo, o seu diagnóstico precoce é difícil, levando frequentemente a atraso no tratamento.

Objetivo: Os autores pretendem apresentar, sob o formato de poster, um caso clínico de um GIST do delgado, apresentado sob a forma de anemia sintomática.

Materiais e métodos: Apresentação e documentação fotográfica de um caso clínico.

Resultados: Doente do género feminino, de 69 anos de idade, com antecedentes de gastrectomia parcial por perfuração de úlcera péptica no passado e re-intervenções neste contexto. De salientar ainda anemia conhecida desde há cerca de um ano, em investigação pelo Médico Assistente. Recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Hospital por quadro de astenia marcada, dor abdominal e náuseas. À admissão, encontrava-se hipotensa, taquicárdica e com hiperlactacidemia. O hemograma revelou uma Hb de 3.6 g/dl sendo internada para estudo. Durante o internamento, realizou EDA e colonoscopia que não mostraram alterações, sendo submetida a TC TAP. Esta última revelou uma massa tumoral no jejuno, com cerca de 8 x 4,5 cm, com espessamento difuso da

parede de uma das ansas de jejuno distal, ulcerações profundas e ectasia luminal. Apesar do aspeto imagiológico ter levantado a suspeita de linfoma, a lesão foi biopsada e o resultado histológico compatível com GIST.

Assim, foi proposto tratamento cirúrgico. Intra-operatoriamente, identificou-se um volumoso tumor, com cerca de 10 cm de maior eixo, a envolver ansas de jejuno, e uma lesão suspeita de implante no mesocólon sigmoide. Foi realizada enterectomia segmentar e biópsia excisional da lesão do mesocólon. A avaliação anatomo-patológica da peça operatória confirmou o diagnóstico de GIST do delgado, KIT+, com elevado índice mitótico e a presença de implante no mesocólon. Foi proposta avaliação para tratamento adjuvante. Antes de iniciar terapêutica repetiu TC TAP e realizou PET-FDG aos 2 meses de cirurgia. Nestes exames foi evidenciada metastização hepática difusa, pelo que o doente iniciou terapêutica com imatinib

Discussão/ Conclusão: Os autores relatam um caso de uma entidade rara, mas que deve ser sempre considerada na presença de anemia, principalmente se associada a hemorragia digestiva, na ausência de alterações no estudo endoscópico. Pretendem ainda chamar a atenção para o habitual “silêncio” destes tumores até que, como no presente caso clínico, atingem grandes dimensões ou surgem complicações associadas como a hemorragia macroscópica ou a oclusão intestinal. O caso apresentado relembra ainda que a cirurgia permanece o pilar do tratamento, apesar da introdução dos inibidores da tirosina cinase ter melhorado significativamente a sobrevida destes doentes.

(18655) - INTUSSUSCEÇÃO INTESTINAL NO ADULTO E A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA, A PROPÓSITO DE UM CASO

Marinho B^{1,2}, Silva E^{1,2}, Brandão P^{1,2}, Sampaio M^{1,2}, Silva A C^{1,2}, Santos M D^{1,2}

1 - Unidade de Cirurgia Colorretal do Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), Universidade do Porto

Introdução: A intussusceção ocorre quando um segmento proximal do intestino invagina para o interior do lúmen do segmento distal adjacente. É uma condição relativamente comum em crianças, habitualmente idiopática,

mas rara em adultos. Nestes, na sua grande maioria, há uma lesão que funciona como ponto de partida. Apesar de em quase metade dos casos, a etiologia ser maligna, o linfoma intestinal é uma causa rara de intussusceção. O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o mais comum dos LNH, sendo o envolvimento extranodal relativamente frequente. O LDGCB representa cerca de 5% de todos os casos de intussusceção em adultos, sendo responsável por aproximadamente 1% das obstruções intestinais, mais frequentemente no intestino delgado.

Objetivo: Os autores pretendem apresentar, sob o formato de poster, um caso clínico de uma oclusão intestinal por intussusceção, num doente com antecedentes de linfoma.

Materiais e métodos: Apresentação e documentação fotográfica de um caso clínico.

Resultados: Doente do género masculino, de 71 anos, com antecedentes de linfoma difuso de grandes células B. Terminou QT (R-CHOP) há 4 anos, estando em remissão completa desde então. Recorreu recentemente ao Serviço de Urgência do nosso Hospital por dor abdominal em cólica difusa, vómitos e ausência de trânsito intestinal. Referia ainda sintomas prévios sugestivos de sub-oclusão intermitente. Ao exame objetivo à admissão, apresentava o abdómen distendido, doloroso, com hipertimpanismo difuso à percussão difusa e diminuição dos ruídos hidroaéreos. Analiticamente, com elevação da atividade inflamatória e lesão renal aguda.

Foi submetido a laparotomia exploradora, identificando-se uma massa tumoral no jejuno a condicionar a intussusceção. Foi realizada enterectomia segmentar. A avaliação histológica da peça operatória foi compatível com envolvimento entérico por linfoma difuso de grandes células B. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, com resolução das queixas digestivas. Dada a recidiva da doença hematológica, recomeçou tratamento sistémico.

Discussão/ Conclusão: Os autores pretendem alertar para a suspeição de presença de um possível tumor do delgado sempre que haja quadros iterativos de oclusão intestinal incompleta em doentes sem história prévia de cirurgia ou de hérnias da parede abdominal. As neoplasias do delgado, pela sua dimensão, podem não causar oclusão por estenose luminal, mas funcionar como ponto

de partida para a invaginação intestinal. No presente caso clínico, a história de linfoma conhecida, associada a queixas prolongadas compatíveis com quadros de oclusão intestinal incompleta, devem levantar a suspeita de recidiva tumoral com envolvimento intestinal.

(18657) - QUANDO E COMO RECONFECIONAR UMA ANASTOMOSE COLOANAL ESTENÓTICA?

Sampaio M^{1,2}, Silva E¹, Brandão P^{1,2}, Silva C^{1,2}, Santos M D^{1,2,3}

1 - Unidade de Cirurgia colorretal, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - UMIB – Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, ICBAS – Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto;

3 - ITR – Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional

Introdução: A estenose anastomótica após proctectomia com anastomose coloanal manual é uma complicação cujo tratamento é um desafio e raramente eficaz. A abordagem endoscópica é o tratamento de primeira linha para estenoses curtas, enquanto a cirurgia é o tratamento preferencial para estenoses longas e na falência da abordagem endoscópica. A seleção da melhor opção cirúrgica é complexa e limitada pela escassez de informação.

Objetivo: Apresentação dum caso clínico de estenose isquémica de anastomose coloanal manual tratada com reconfeção de anastomose com abordagem de York Mason.

Resumo do caso: Homem, 56 anos, IMC 37,5 Kg/m², com adenocarcinoma do recto baixo, cT3cN2M0, submetido a quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de proctectomia laparoscópica com anastomose coloanal manual com ileostomia de proteção e quimioterapia adjuvante. 4 meses após a cirurgia, detetou-se estenose anastomótica completa, com lúmen indetetável ao exame digital ou endoscópico. O estudo imagiológico identificou cólon esquerdo com mobilização completa, com lúmen patente até ao nível do coccix, sem sinais de isquemia, e sem sinais de recidiva oncológica. Dez meses após a proctectomia, perante uma estenose tardia, curta e completa, optou-se por abordagem de York Mason Modificada para reconfeção da anastomose coloanal manual. O pós-operatório decorreu sem intercorrências,

com clister opaco sem fugas, motivo pelo qual a ileostomia de proteção foi encerrada. No seguimento a longo prazo manteve continência para fezes.

Relevância: Apesar da estenose anastomótica ser curta, era necessária uma abordagem cirúrgica por se tratar duma estenose completa e sem cicatriz passível de abordagem endoscópica. Para evitar a morbilidade duma abordagem abdominal optou-se pela reconfeção de anastomose por abordagem de York Mason Modificada.

Conclusão: A reconfeção da anastomose coloanal manual pela via de York Mason, pode ser uma alternativa eficaz para o tratamento da estenose anastomótica curta, sem tensão e com o cólon bem vascularizado.

(18658) - VOLVO DO CEGO EM DOENTE GASTRECTOMIZADO – UM CASO RARO

Pimentel A¹, Silva S¹, Moreira A¹, Lira D¹, Miranda M¹, Costa M¹, Costa A¹, Noronha J¹

1 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução: O volvo do cego é uma causa rara de oclusão intestinal (1-1.5%), com incidência descrita na literatura de 2.8-7.1 por milhão/ano e elevada taxa de mortalidade (10-40%).

Esta condição consiste na rotação do segmento cólico no seu eixo mesentérico condicionando obstrução em ansa fechada e consequente compromisso vascular. Fatores de risco incluem mobilidade cecal, cirurgias abdominais anteriores e obstipação crónica.

A apresentação e evolução clínica desta patologia é altamente variável, desde episódios de dor em cólica e distensão abdominal recorrentes a quadros fulminantes com progressão para choque séptico.

Os achados laboratoriais não são específicos, podendo evidenciar a gravidade da obstrução e a presença de complicações. O exame complementar de diagnóstico de eleição é a tomografia computadorizada (TC).

A redução endoscópica do volvo de cego acarreta elevado risco de perfuração e taxa de recorrência, sendo o tratamento cirúrgico a abordagem preferencial, que incluiu a cecopexia, cecostomia, ileocectomia e hemicolectomia direita, dependendo do grau de isquemia e da estabilidade hemodinâmica.

Objetivo: Foi realizada revisão bibliográfica, a propósito

de um caso clínico raro.

Resumo do caso: Homem de 84 anos com antecedentes de gastrectomia subtotal 25 anos antes, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal súbita intensa com 3 horas de evolução. Ao exame objetivo apresentava taquicardia e timpanismo abdominal com dor e defesa no hipocôndrio esquerdo e epigastro. O estudo analítico revelou elevação dos parâmetros inflamatórios e hiperlactacidemia.

Na radiografia abdominal era aparente a distensão cólica exuberante no hipocôndrio esquerdo com imagem de stop. Realizou TC que demonstrou marcada distensão do cego, que atingia um calibre aproximado de 120mm, e dilatação do cólon ascendente até ponto de transição ao nível do flanco direito.

A laparotomia exploradora urgente revelou volvo do cego, com envolvimento do ileon terminal e segmento do cólon ascendente, com rotação de 360°, no sentido anti-horário (volvo do cego tipo II). O cego encontrava-se ao nível do hipocôndrio esquerdo, com cerca de 15 cm de diâmetro máximo, com isquemia irreversível do segmento atingido. O estômago não foi observado por aderências ao nível do andar superior, mas foi identificada ansa eferente de anastomose gastrojejunal em topografia antecólica. Realizada hemicolectomia direita seguida de anastomose primária mecânica. No pós-operatório o doente evoluiu de forma favorável, sem intercorrências.

Relevância: O volvo do cego é uma causa incomum de oclusão intestinal com potencial desfecho desfavorável. A raridade desta entidade, sintomatologia e achados laboratoriais inespecíficos, tornam o diagnóstico pré-operatório difícil, podendo atrasar a intervenção cirúrgica com consequente perfuração intestinal e peritonite fecal, resultando numa elevada taxa de complicações e aumento da mortalidade.

(18659) - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA DETEÇÃO AUTOMÁTICA DE LESÕES VASCULARES DURANTE A ENTEROSCOPIA ASSISTIDA POR DISPOSITIVO

Mendes F¹, Saraiva M M¹, Afonso J¹, Ribeiro T¹, Cardoso P¹, Martins M¹, Cardoso H¹, Andrade P¹, Ferreira J², Macedo G¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João;

2 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introdução: A enteroscopia assistida por dispositivo é uma técnica endoscópica com utilidade na abordagem de lesões entéricas, sendo um exame de primeira linha para diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva do delgado (ou obscura), constituindo as angiectasias a sua principal causa. Contudo, a acuidade diagnóstica da enteroscopia na deteção de lesões vasculares pode não ser suficiente. A aplicação da inteligência artificial em vários campos da Medicina é já um dado adquirido, contudo existem ainda poucos estudos sobre a sua utilização na enteroscopia assistida por dispositivo.

Objetivo: Este trabalho teve como objetivo o desenvolvimento de uma rede de convolução neuronal baseada num modelo de *deep learning* para deteção automática de lesões vasculares na enteroscopia assistida por dispositivo.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo unicêntrico num centro hospitalar terciário, que teve por base 250 exames de enteroscopia assistida por dispositivo. Um total de 6830 imagens recolhidas retrospectivamente foi classificada por 2 gastroenterologistas experientes em enteroscopia assistida por dispositivo, em 2 categorias – Normal e Lesões Vasculares. Posteriormente o total de imagens foi dividido em 2 grupos – um grupo de treino com 80% do total de imagens e um grupo de validação do modelo com 20% do total de imagens. O modelo foi avaliado através da sua sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN), acuidade e área sob a curva ROC (AU-ROC).

Resultados: A rede de convolução neuronal para identificação de lesões vasculares teve uma sensibilidade de 86,4%, uma especificidade de 98,3%, um VPP de 93,1%, um VPN de 96,6%, com uma acuidade diagnóstica de 96,0%. O modelo apresentou uma AU-ROC de 0,98. A

velocidade de processamento de imagens foi de 19,2 frames por segundo, o que se traduz numa velocidade de 0,05 segundos por frame.

Discussão / Conclusão: Os resultados do modelo provam que a inteligência artificial pode ter um papel no aumento da acuidade diagnóstica da enteroscopia assistida por dispositivo, nomeadamente na identificação de lesões vasculares. A aplicação de inteligência artificial pode permitir quer uma maior acuidade diagnóstica, quer uma possível identificação mais rápida das lesões. São necessários estudos multicêntricos e com uma direcionalidade anterógrada para aumentar a implementação deste tipo de tecnologias.

(18660) - CIRURGIA NA ESTENOSE ANAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mendes B S¹, Miguel I¹, Dias B¹, Almeida P¹, Santos B¹; Cunha M¹, Rachadell J¹, Amorim E¹, Americano M¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Estenose anal é uma complicação rara da cirurgia anorrectal que ocorre em 5-10% dos doentes submetidos a hemorroidectomia.

Objectivo: Apresentamos um caso clínico de estenose anal, entidade incomum e incapacitante e a sua abordagem cirúrgica com retalho bilateral em diamante.

Resumo do caso: Doente do sexo feminino, de 67 anos, referenciada à consulta de cirurgia por dor anal e obstipação refratárias a terapêutica médica. Sem antecedentes pessoais médicos de relevo, a destacar antecedentes cirúrgicos de hemorroidectomia de Milligan-Morgan por hemorróidas grau IV.

Avaliada em Setembro de 2021 com diagnóstico clínico de estenose anal infranqueável ao toque rectal. Solicitada colonoscopia e RMN pélvica, que excluíram patologia oncológica ou outras alterações.

Após optimização terapêutica e instituição de alterações do estilo de vida foi proposta para intervenção cirúrgica. Em Novembro de 2021 foi submetida a plastia anal bilateral com retalho em diamante (2x3cm). No final do procedimento com diâmetro anal superior a 2cm. Teve alta ao 3º dia de pós-operatório, tendo cumprido pensos e avaliações clínicas em contexto de ambulatório com boa evolução cicatricial e do enxerto. Após um ano

de follow-up encontra-se assintomática com transit intestinal mantido.

Relevância: Este caso clínico destaca a abordagem cirúrgica da estenose anal, como opção exequível e segura. Esta é a última linha na abordagem no tratamento desta patologia que, apesar da sua complexidade, permite uma melhoria da qualidade de vida e resolução do quadro clínico.

(18661) - HEMATOMA DO MESENTÉRIO – VIGIAR OU AVANÇAR?

Mendes B S¹, Miguel I¹, Dias B¹, Almeida P¹, Santos B¹; Cunha M¹, Rachadell J¹, Amorim E¹, Americano M¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: Os hematomas do mesentério são uma entidade rara em contexto de traumatismo, acometendo cerca de 1-5% dos doentes após história de trauma abdominal. Um diagnóstico precoce em contexto de trauma abdominal fechado é essencial pela alta taxa de morbimortalidade associada a estas lesões. Usualmente surge atraso no diagnóstico por quadros pouco sintomáticos nas primeiras horas, sendo necessária elevada suspeição.

Objectivo: Apresentamos um caso clínico de um volumoso hematoma do mesentério em doente clinicamente estável, tratado com sucesso conservadoramente.

Resumo do caso: Sexo feminino, 23 anos de idade. Sem antecedentes pessoais ou medicação habitual. Trazida ao serviço de urgência após acidente de viação. Nega perda de consciência ou sintomas precedentes ao embate. Refere uso de cinto de segurança. Avaliada no contexto de queixas álgicas no membro superior direito e membros inferiores, tendo ficado em vigilância. Após algumas horas inicia quadro de náuseas e dor abdominal constante nos quadrantes inferiores. À palpação abdominal com abdómen mole e depressível, doloroso a palpação na fossa ilíaca esquerda onde se palpa aparente empastamento, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com Hemoglobina de 14.2mg/dL, sem outras alterações de relevo. Realizou TC abdomino pélvica que revelou coleção na fossa ilíaca esquerda de 6,0x8,4x5,-4cm, adjacente a ansa do colon sigmóide compatível com hematoma intra-abdominal do mesocólon, com aparente hemorragia activa de baixo débito. Sem outras

alterações no contexto de urgência. Manteve vigilância com monitorização e repetição de controlo analítico e de imagiologia 6h após, tendo mantido hemoglobina estável e sem alterações de novo em TC abdomino-pélvica. Optou-se por tratamento conservador, tendo cumprido 24h de internamento em unidade intermédia de doentes agudos e tendo sido transferida para a enfermaria posteriormente. Manteve hemoglobina estável com melhoria clínica. Realizou ecografia abdominal ao 2º e 5º dias de internamento apresentando redução das dimensões do hematoma. Teve alta ao 6º dia, até ao presente sem sintomas ou complicações e com melhoria progressiva das dimensões da lesão.

Relevância: Em casos de hematoma do mesentério é necessária avaliar a presença de eventuais indicações cirúrgicas como evidência de isquémia intestinal, disrupção do mesentério ou hemorragia activa em doentes que se encontrem instáveis ou com evolução desfavorável. Serve o presente caso clínico para demonstrar que pode haver lugar para uma abordagem conservadora segura em doentes estáveis. De salientar a importância de uma abordagem personalizada com avaliação clínica e imagiológica pormenorizada.

(18663) - HEMICOLECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA EM DOENTE COM COLITE ULCEROSA E SITUS INVERSUS PARCIAL.

Oliveira J¹, Silva E², Brandão P², Silva A C², Sampaio M², Lago P³, Santos M D²

1 - Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP);

2 - 1 Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) 2 Unidade de Cirurgia Colorretal do CHUP 3 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP);

3 - 1 Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) 2 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP)

Introdução: A colite ulcerosa é uma doença inflamatória intestinal caracterizada por episódios recorrentes de inflamação da mucosa retocólica. A forma de apresentação mais comum é de uma proctosigmoidite mas pode surgir ad initio com atingimento de todo o cólon. A terapêutica médica é geralmente o tratamento primário e único mas

há situações em que a cirurgia está indicada com carácter urgente ou eletivo. As indicações urgentes são geralmente provocadas por quadros de colite aguda severa sem resposta à terapêutica que se tornam emergentes nos doentes que evoluem para um megacólon tóxico, hemorragia aguda maciça ou perfuração. As indicações para cirurgia eletiva são geralmente situações de colite ulcerosa sem resposta à terapêutica ou os casos em que surgem alterações displásicas/neoplásica da mucosa. A cirurgia eletiva mais frequente consiste numa proctocolectomia total reconstrutiva com bolsa ileoanal, mas existem cirurgias menos extensas que podem ter indicação em situações seleccionadas. É um destes casos que é agora relatado.

Objetivo: Apresentar e descrever a abordagem cirúrgica de uma doente jovem do sexo feminino com colite ulcerosa e situs inversus parcial.

Material e métodos: A doente era do sexo feminino, 48 anos de idade, médica. Como antecedentes, apresentava a colite ulcerosa (pancolite) diagnosticada em 1999 e o situs inversus parcial (intestinal). Estava medicada habitualmente com adalimumab, metotrexato, messalazina e ácido fólico.

Do estudo prévio à cirurgia, destaca-se o seguinte:

- TC TAP 07-02-2022: cólon sem alterações parietais, designadamente áreas de espessamento/hiperrealce sugerindo inflamação. Aspeto redundante do cólon sigmoide.

- Colonoscopia 11-02-2022: Introdução do aparelho até ao ascendente médio (não se progredindo mais por marcada dificuldade técnica; em 2021 a progressão foi até ao cego – sem alterações no cego e com alterações cicatriciais no ascendente). Entre os 45- 60 cm da margem anal (colon transversal) diminuição da distensibilidade do lúmen intestinal e mucosa com extensas áreas cicatriciais (tatuagem a esse nível). Mucosa dos segmentos esquerdos do cólon com padrão vascular relativamente preservado e sem atividade inflamatória endoscópica. O caso foi discutido em Consulta de Grupo tendo sido proposta hemicolectomia direita. Foi realizada captação áudio e vídeo direta através da torre de laparoscopia. Realizou-se tratamento e processamento de áudio e de imagem através do software iMovie versão 9.0.9.

Resultados: A doente foi admitida eletivamente a 27-04-2022 tendo sido submetida a hemicolecotomia direita laparoscópica com anastomose intracorpórea a 28-04-2022. Procedimento e internamento sem intercorrências tendo tido alta ao 5º dia pós operatório. A peça foi submetida a exame anatomopatológico tendo-se objetivado doença inflamatória intestinal com displasia de baixo grau. Sem evidência de displasia de alto grau, neoplasia in situ ou invasora. Foi avaliada em consulta pós operatória de Cirurgia Colorretal a 06-06-2022 e 09-06-2022 Gastroenterologia/Doença Inflamatória Intestinal, sendo de referir boa evolução da doente com ausência de sintomatologia relacionada com a doença inflamatória.

Discussão/Conclusão: Apresentou-se um caso, numa doente jovem, de pancolite ulcerosa com 21 anos de evolução com redução marcada da distensibilidade de um segmento cólico (ascendente e ângulo hepático) e com alterações de displasia de baixo grau presentes a esse nível em várias colonoscopias. A doente apresentava cicatrização da mucosa intestinal sob a terapia médica em curso. A diminuição da distensibilidade intestinal do ascendente e ângulo hepático associado ao situs inversus condicionava marcada limitação na avaliação endoscópica dos segmentos direitos. A mucosa do cólon esquerdo e reto

nunca apresentou alterações displásicas nas múltiplas avaliações realizadas por colonoscopia nos anos que antecederam a cirurgia. A hemicolecotomia direita, potencialmente com menor morbidade e afetação da qualidade de vida do que a proctocolecotomia total reconstrutiva, permitiu resolver o risco de aparecimento de uma neoplasia cólica, elevado nesta doente pela duração da doença e pela presença de displasia em segmento com franca redução da distensibilidade. A presença de um situs inversus, constituiu um aumento de complexidade para a realização da cirurgia.

(18664) - RESSEÇÃO ANTERIOR ULTRABAIXA DO RETO POR VIA LAPAROSCÓPICA COM CONFEÇÃO DE ILEOSTOMIA DE PROTEÇÃO.

Oliveira J¹, Silva E², Brandão P², Silva A C², Sampaio M², Lago P³, Santos M D²

1 - 1 Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP);

2 - 1 Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) 2 Unidade de Cirurgia Colorretal do CHUP

3 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP)

Introdução: O carcinoma colorretal (CCR) é a 3ª neoplasia mais prevalente a nível mundial. Cerca de 30% dos casos localizam-se no reto. O tratamento do cancro do reto (situado a nível do terço médio ou distal) que seja localmente avançado tem uma abordagem multimodal que geralmente se caracteriza por uma terapêutica neoadjuvante seguida de cirurgia curativa com excisão completa do mesorreto, seguida de quimioterapia adjuvante. Neste planeamento terapêutico, a cirurgia preconizada é sempre que possível uma cirurgia poupadora de esfíncter realizada por via minimamente invasiva em detrimento da amputação abdomino-perineal. Pretende-se dessa forma reduzir a morbidade, melhorar os resultados oncológicos e proporcionar ao doente uma melhor qualidade de vida.

Objetivo: Apresentar e descrever a abordagem cirúrgica minimamente invasiva de uma doente com neoplasia do reto.

Material e métodos: A doente era do sexo feminino, 83 anos de idade. ECOG 3. Como antecedentes, apresentava diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada e hipertensão arterial. Tinha sido previamente colecistectomizada por litíase vesicular sintomática e apendicectomizada. Estava medicada com metformina, losartan + hidroclorotiazida, pantoprazol, beta-histina e aspirina. Do estudo prévio à cirurgia, destaca-se o seguinte:

- Colonoscopia 06-08-2021: neoplasia entre os 8-14 cm da margem anal. Biópsia da lesão - adenocarcinoma
- RMN pélvica 10-08-2021: espessamento parietal circunferencial da parede do reto médio, estendendo-se por 3.5 cm de comprimento, de contorno periférico espiculado, sugerindo processo neofornativo transmural

que ultrapassava a camada muscular para a gordura perirretal. Presença de um gânglio linfático perirretal à esquerda com 3 mm. Sem outras adenopatias nem sinais de invasão da fáscia do mesorreto. - TC TAP 23-08-2021: Nódulo de 4 mm no lobo inferior do pulmão direito. Área de espessamento circunferencial do reto num extensão de 3 cm compatível com neoplasia. Ocasionais gânglios isolados com eixo curto até 3 mm em localização perirretal. Em Consulta de Grupo foi proposta radioterapia de esquema curto que foi realizada em setembro 2021. A RMN pélvica de reavaliação em novembro não revelou resposta significativa ao tratamento. Foi discutida em Consulta de Grupo tendo sido proposto tratamento cirúrgico. Foi realizada captação áudio e vídeo direta através da torre de laparoscopia. Realizou-se tratamento e processamento de áudio e de imagem através do software iMovie versão 9.0.9.

Resultados: A doente foi admitida eletivamente a 03-01-2022 tendo sido submetida a resseção anterior ultrabaixa do reto por via laparoscópica com confecção de ileostomia de proteção a 04-01-2022. Procedimento sem intercorrências. No pós-operatório desenvolveu um ileus parálítico que foi gerido com pausa alimentar e fluidoterapia, apresentando boa evolução. Reintrodução gradual da dieta oral com sucesso. Teve alta ao 11º dia pós operatório. A peça foi submetida a exame anatomopatológico tendo-se confirmado adenocarcinoma ypT2N1a(1/10) com margens radiais e distais livres de lesão. Foi avaliada em consulta de Oncologia a 26-02-2022. Proposta inicialmente QT adjuvante, mas, face ao estado geral da doente, optou-se por vigilância. Foi avaliada em consulta pós operatória de Cirurgia Colorretal a 09-08-2022 apresentado boa evolução. Realizou clister opaco que demonstrou anastomose funcional sem complicações. Realizou encerramento da ileostomia de proteção em outubro de 2022.

Discussão/Conclusão: A cirurgia poupadora de esfíncter por via laparoscópica no tratamento do cancro do reto localmente avançado pode ser realizada igualmente em doentes de faixas etárias mais avançadas, proporcionando menor morbidade, melhor prognóstico e melhor qualidade de vida.

(18666) - ABORDAGEM CIRÚRGICA DE UM DIVERTÍCULO GIGANTE DO CÓLON

Parente D¹, Sousa I¹, Sales I¹, Rama N¹, Pardal V¹, Cunha F¹, Coelho M¹

1 - Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: O divertículo gigante do cólon, definido como um divertículo com mais de 4 cm de diâmetro, é uma entidade rara, com menos de 200 casos descritos na literatura. Surge maioritariamente no cólon sigmóide e em doentes com doença diverticular concomitante. A apresentação clínica é variável e o diagnóstico geralmente é feito por exames de imagem. O gold standard do tratamento é a cirurgia.

Material e métodos: Análise de um caso clínico através da apresentação de um vídeo descrevendo a abordagem cirúrgica de um divertículo gigante do cólon sigmóide. Resultados: Doente de 67anos, sexo masculino, com antecedentes de doença diverticular e vários episódios de diverticulite aguda, um dos quais com necessidade de internamento hospitalar. Dos exames efetuados destaca-se a identificação na Tomografia Computorizada (TC) abdominal de uma estrutura com cerca de 8cm de diâmetro compatível com um divertículo. Por queixas algícas abdominais persistentes apesar da terapêutica instituída, foi proposta cirurgia. Intra-operatoriamente verificou-se a presença de um divertículo gigante aderente ao mesentério ileal, o que impossibilitou a sua resseção por via laparoscópica. Após conversão, procedeu-se à dissecação do divertículo com hemicolectomia esquerda e anastomose primária. A cirurgia decorreu sem intercorrências e o doente teve alta hospitalar 4 dias após a intervenção cirúrgica.

Discussão/Conclusão: O divertículo gigante é uma complicação rara da doença diverticular. Devido à variabilidade da apresentação clínica, os exames de imagem são uma ferramenta diagnóstica importante. O tratamento ideal é a cirurgia que, segundo a literatura, deve consistir na resseção em bloco do divertículo gigante e do cólon adjacente afetado, com anastomose primária sempre que possível, o que vai de encontro ao que foi realizado neste caso.

(18669) - APLICAÇÃO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA A DETECÇÃO AUTOMÁTICA DE ÚLCERAS E EROSÕES DURANTE ENTEROSCOPIA

Martins M¹, Mascarenhas M¹, Afonso J¹, Ribeiro T¹, Cardoso P¹, Mendes F¹, Cardoso H¹, Andrade P¹, Ferreira J², Macedo G¹

1 - Centro Hospitalar Universitário São João;

2 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introdução: A enteroscopia é uma técnica que pode ter um papel importante na abordagem diagnóstica e terapêutica de lesões entéricas, quer por via anterógrada, quer por via retrógrada, permitindo uma avaliação pan-endoscópica do tubo digestivo. As úlceras e erosões podem ser um achado endoscópico de relevo, podendo traduzir entidades nosológicas como a doença inflamatória intestinal. Apesar a aplicação de inteligência artificial (IA) estar a evoluir exponencialmente em várias técnicas, ainda existe pouca evidência da sua aplicabilidade durante a enteroscopia. O objetivo deste trabalho foi desenvolver uma rede convulacional neural (RCN) para a deteção automática de úlceras e erosões nesta técnica.

Métodos: Foi conduzido um estudo retrospectivo unicêntrico para desenvolver uma RCN, a partir de 250 exames de enteroscopia. No total foram usadas 3480 imagens, das quais foi considerado que 260 continha úlceras ou erosões, por 2 endoscopistas experientes em enteroscopia. As imagens foram divididas em 2 grupos, um de treino e outro de validação da rede, sendo que o segundo foi utilizado para a avaliação da sua performance. Os resultados principais foram a sensibilidade, a especificidade, a acuidade, o valor preditivo positivo (VPP), o valor preditivo negativo (VPN) e a área sob a curva (ASC).

Resultados: A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN foram respetivamente 86.5%, 99.7%, 95.7% e 98.9%. A acuidade da rede foi 98.7%. A ASC foi 1.00. A RCN processou 1 imagem a cada 2 milissegundos.

Conclusões: Este é o primeiro estudo, a nível mundial, na deteção automática de úlceras e erosões em enteroscopia. Os nossos resultados sugerem que a utilização de uma RCN para a sua deteção, durante a enteroscopia, está associada a uma alta acuidade diagnóstica. O desenvolvimento de RCN binárias, para a deteção de achados endoscópicos com relevância clínica, é crucial para a implementação da IA na avaliação pan-endoscópica.

(18670) - TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO APÊNDICE ILEOCECAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marques C¹, Guidi G¹, Marques R¹, Ferreira C¹, Freitas F¹, Martins D¹, Fernandes U¹, Ribeiro A¹, Oliveira A¹, Pinto-De-Sousa J¹

1 - CHTMAD

Introdução: Os tumores neuroendócrinos constituem um grupo de neoplasias raras, com origem nas células do sistema neuroendócrino difuso de vários órgãos, o que justifica a heterogenia da sua localização. Os que afetam o trato digestivo denominam-se GEP-NETs (*Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumor*) e, dentro destes, os ANET (*Appendiceal Neuroendocrine Tumor*) são os mais comuns. Estes ocorrem mais frequentemente no sexo feminino e têm uma incidência maior em idades mais jovens. Relativamente à sua classificação, é possível classificar os tumores neuroendócrinos do apêndice ileocecal como sendo de baixo, intermédio ou alto risco, tendo em conta a sua taxa mitótica e/ou o índice proliferativo Ki-67.

Objetivos: O objetivo do presente trabalho é a apresentação e discussão de um caso clínico de uma patologia rara, no caso um tumor neuroendócrino do apêndice ileocecal.

Material e métodos: Apresenta-se o caso clínico de um jovem do sexo masculino, com 22 anos de idade, com antecedentes de cirurgia ureterovesical à direita, e sem medicação habitual, que recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal com 24h de evolução, localizada à fossa ilíaca direita, sem irradiação. Associada, a destacar anorexia, náuseas e vômitos alimentares e ausência de dejeções com 2 dias de evolução, mas com trânsito para gases mantido. Apirético e sem outros sintomas específicos, nomeadamente sugestivos de síndrome carcinóide. Ao exame objetivo abdominal, com dor a palpação da fossa ilíaca direita, associada a positividade para os sinais de Blumberg e Rovsing. Realizou uma TAC (tomografia axial computadorizada) abdominopélvica, que revelou um apêndice espessado com apendicolito, marcada densificação da gordura adjacente e um espessamento parietal difuso das últimas ansas ileais. Assim, assumiu-se o diagnóstico de apendicite aguda, pelo que o doente foi submetido a apendicectomia laparoscópica, sem intercorrências a registar no pós-operatório.

Resultados: O exame histopatológico revelou tratar-se de um tumor neuroendócrino do apêndice ileocecal, grau 1 (bem diferenciado), com Ki67: <3% e com elevada marcação para CAM5.2, Sinaptofisina e Cromogranina. Observou-se invasão venosa, perineural e da subserosa (sem envolvimento do peritoneu visceral). Foi ainda possível identificar lesões discretas de apendicite aguda. O doente realizou TAC de estadiamento, que não revelou adenopatias ou lesões à distância e cintigrafia, que não identificou alterações funcionais suspeitas de lesões com hiperexpressão de receptores para a somatostatina em atividade. O doseamento dos marcadores tumorais também se encontrava dentro dos limites da normalidade, assim como o de 5HIAA (7.5), já o doseamento de cromogranina A encontrava-se discretamente aumentado (43.6). O estudo endoscópico não revelou quaisquer alterações.

Discussão/Conclusão: Portanto, trata-se de um doente com um tumor neuroendócrino do apêndice ileocecal, estadio pT3N0M0, discutido em consulta de grupo oncológico multidisciplinar, com decisão de vigilância anual. Foi discutida a possibilidade de realização de hemicolectomia direita, sobretudo tendo em conta a invasão vascular venosa, no entanto o facto de se tratar de um cN0; assim como o tamanho do tumor ser inferior a 2cm; não existir invasão do mesoapêndice; as margens serem negativas (<1mm); a taxa mitótica baixa; e o timing entre o diagnóstico e a hipotética cirurgia ser superior a 3 meses (por motivos inerentes ao doente), optou-se por vigilância anual durante 10 anos. Após um ano de seguimento, o doente mantém-se sem recidiva da doença. Este relato de caso clínico retrata assim uma patologia que além de rara, representa na grande maioria dos doentes um achado incidental na sequência de uma apendicectomia por suspeita de apendicite aguda. A cirurgia, além de tratamento de primeira linha, permite o diagnóstico definitivo dos ANETs, através do estudo histopatológico da peça anatómica, que inclui o perfil imunohistoquímico do tumor - presença da sinaptofisina e cromogranina A - bem como o doseamento do marcador proliferativo (Ki67). Embora seja uma neoplasia com uma evolução indolente e um bom prognóstico, alguns ANETs podem recidivar, sendo o follow-up necessário em casos seleccionados, como o presente caso.

(18671) - A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO NA CIRURGIA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Ribeiro A¹, Romero I¹, Costa S¹, Silva J B¹

1 - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução: Cerca de 40 a 70% dos doentes com doença inflamatória intestinal necessitarão de ressecção intestinal após 10 anos de diagnóstico. A deiscência anastomótica é uma das complicações mais devastadoras em cirurgia colorretal e principalmente nestes doentes. A sua incidência varia, na literatura, entre 1 a 30%, sendo mais comum quando o reto distal está envolvido. A deiscência anastomótica está associada a uma maior morbidade e mortalidade, maior tempo de internamento, maior taxa de reinternamento, maior necessidade de reintervenção cirúrgica, menor qualidade de vida e custos associados mais elevados. Os fatores de risco para deiscência anastomótica podem estar associados a fatores inerentes à técnica cirúrgica (anastomose com tensão ou com má perfusão, peritonite associada, perdas hemáticas significativas, infeção intrabdominal) ou podem ser dependentes de características do doente (má nutrição, diabetes, doença cardiovascular, imunossupressão, terapêutica com anti-inflamatórios não-esteróides, radioterapia pélvica). O seu diagnóstico atempado é crucial e uma abordagem conservadora nomeadamente com recurso a drenagem percutânea tem sido cada vez mais utilizada, essencialmente perante deiscências parciais, sempre que possível.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar a taxa de deiscência anastomótica em doentes com doença inflamatória intestinal submetidos a ressecção intestinal com confeção de anastomose, comparar com as descritas na literatura e identificar fatores de risco associados.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes com doença intestinal inflamatória admitidos na nossa instituição para cirurgia de ressecção intestinal programada ou urgente entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de internamento, tipo de ressecção intestinal, confeção de anastomose, imunossupressão (corticoterapia ou biológicos), estado nutricional

nal com doseamento de albumina e proteínas totais, e morbidade associada.

Resultados: Entre janeiro de 2009 e dezembro de 2019, foram submetidos a ressecção intestinal 122 doentes com doença inflamatória intestinal. Nesta amostra, 68 eram mulheres e 54 eram homens, com uma idade média de 37.9 anos (mínimo de 19 anos e máximo de 81 anos). Cerca de 78.7% dos doentes apresentavam doença de Crohn e os restantes (21.3%) tinham colite ulcerosa, com uma média de tempo de internamento de 8.8 dias.

A maioria destes procedimentos cirúrgicos (89.3%) foram realizados de forma eletiva. Cerca de 10.7% foram em contexto de urgência por perfuração contida ou livre, oclusão intestinal, agudização severa da doença ou apresentação sugestiva de apendicite. A via laparoscópica foi a técnica mais usada (52.5%) ao invés da laparotomia (47.5%). Estas cirurgias consistiram maioritariamente em ressecções segmentares do cólon (61.5%) e as restantes em colectomias totais (18.8%), ileocelectomias (2.5%), enterectomias segmentares (4.1%) e reconstruções de trânsito intestinal (13.1%).

A maioria destas cirurgias implicaram a confecção de uma anastomose ileoileal, ileocólica, colorretal ou ileoanal (80.3%), as quais consistiram essencialmente em anastomoses laterolaterais, laterotermiais, bolsas ileoanais, encerramento de ileostomias laterais e, mais recentemente, anastomoses do tipo Kono-S. Grande parte destas anastomoses foi confecionada de forma mecânica (63.1%).

Muitos dos doentes submetidos a cirurgia com confecção de anastomose apresentavam fatores de risco para deiscência, sendo que 30.6% encontrava-se sob corticoterapia sistémica, 22.4% sob imunossupressão com biológicos, 78.6% com hipoalbuminemia e 74.5% com hipoproteinemia.

Cerca de 24.5% dos procedimentos cirúrgicos com confecção de anastomose desenvolveram complicações, como anemia com necessidade transfusional, abscesso intrabdominal, evisceração de ferida cirúrgica, íleos intestinal e infeção de ferida cirúrgica. No entanto, apenas 2 casos de confecção de anastomose (2.0%), ambas laparoscópicas e mecânicas, apresentaram deiscência parcial ou total da mesma, com necessidade de reintervenção cirúrgica em

apenas um destes doentes. Ambos se encontravam subnutridos (quer hipoalbuminemia quer hipoproteinemia) e sob corticoterapia sistémica.

Discussão/Conclusão: A deiscência anastomótica permanece um grande desafio para o cirurgião devido às consequências associadas: aumento da morbidade e mortalidade, necessidade de novas cirurgias, maior tempo de internamento e eventual necessidade de confecção de estomas temporários ou definitivos.

O conhecimento dos fatores de risco e a sua otimização permitirá reduzir as complicações pós-operatórias, com melhoria dos resultados funcionais e da qualidade de vida do doente.

(18679) - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E MANOMETRIA ANORRETAL: DETEÇÃO E DIFERENCIAÇÃO AUTOMÁTICA DE PADRÕES DE MOTILIDADE ANORRETAL

Mascarenhas M¹, Froehner I², Ribeiro T¹, Afonso J¹, Sousa P³, Vila Pouca M³, Ferreira J³, Macedo G¹

1 - Hospital São João;

2 - Hospital Marcelino Champagnat;

3 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introdução: A manometria anorretal (MAR) apresenta cada vez mais relevância na avaliação dos distúrbios da defecação e da incontinência anal, ambos prevalentes na população geral. Apesar da sua utilidade, a acessibilidade à MAR é limitada pela dificuldade ao acesso a esta técnica. De facto, a complexidade da análise dos dados e o tempo necessário para a sua execução são desvantagens significativas para sua disponibilidade clínica.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo desenvolver e validar um modelo de inteligência artificial (IA), com base numa rede neural convolucional (RNC), com vista à diferenciação automática de padrões de motilidade compatíveis com incontinência fecal (IF) de obstrução defecatória (OD), usando dados brutos de MAR.

Métodos: Foram recolhidos traçados de pressão de um total de 2469 estudos por MAR (incluindo 837 pacientes com IF e 1189 com OD). A identificação e categorização dos achados foram realizadas por dois especialistas em MAR. Antes do treino da RNC, os sinais foram redimensionados por interpolação ou por remoção de pontos redundantes. Subsequentemente, o conjunto de da-

dos foi dividido em datasets de treino e de teste, para treinamento e validação, respetivamente. Esta divisão foi realizada assumindo como base cada doente individualmente. Os dados de treino foram normalizados para evitar fuga de dados. De seguida, treinamos e avaliamos um modelo de *deep learning* composto por uma série de RNC 1D.

Resultados: A RNC detetou e diferenciou automaticamente padrões de motilidade de IF de padrões de OD com uma sensibilidade de 91.2%, especificidade de 93.4%, e uma precisão de 89.1%. Além disso, a exatidão global foi de 92.4%. A realização de uma avaliação de performance com uma divisão baseada no paciente é um passo importante para a implementação destas soluções na vida real, mitigando possíveis vieses na sua aplicabilidade a um ambiente clínico.

Conclusões: O nosso grupo desenvolveu um algoritmo de IA pioneiro para deteção automática e diferenciação de padrões relevantes de motilidade anorretal. O desenvolvimento subsequente da RNC, utilizando um maior volume de dados, é necessário para robustecer desempenho diagnóstico do modelo e incorporar diagnósticos manométricos adicionais de acordo com a classificação de Londres para distúrbios anorretais. O desenvolvimento subsequente destas ferramentas poderá otimizar o acesso à MAR, o que poderá apresentar um impacto significativo na gestão de pacientes com patologia anorretal funcional.

(18680) - LUGANO STAGE IV RECTAL MALT LYMPHOMA – A CASE REPORT

Correia J¹, Pimenta M², Ponte A¹, Afecto E¹, Estevinho M M¹, Freitas T¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 - Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia do Porto

Case Presentation: A 78-year-old woman presented to the primary care physician's office with daily rectal bleeding for the last two months. She denied other proctological symptoms, previous overt gastrointestinal bleeding episodes or constitutional symptoms. Past medical conditions included arterial hypertension. Family medical history was irrelevant.

Laboratory studies were unremarkable, including hemoglobin and serum lactate dehydrogenase levels. The colonoscopy revealed an ulcerated sessile polypoid lesion, with a central depression, measuring 30mm, located in the proximal rectum, which was biopsied. Histological evaluation revealed an atypical lymphocytic infiltration in the lamina propria, with immunohistochemical findings compatible with a marginal zone B-cell lymphoma of the mucosa-associated lymphoid tissue (MALT), expressing CD20 and BCL6 but not CD3, CD5, CD10, BCL2 and MUM1.

Staging was completed with a FDG *PET*-scan, which denoted supradiaphragmatic involvement (mediastinal lymph nodes), besides rectal uptake. The bone marrow was not involved. The final diagnosis of a MALT lymphoma, stage IV (Lugano Classification), was made. The patient was proposed for immunochemotherapy with cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone and rituximab (R-CHOP).

Discussion: MALT lymphoma is typically an indolent B-cell lymphoma, with colorectal primary site of involvement in 5.2% of the cases. Most of the cases were described in female patients through the 5th to the 7th decades of life.

Approximately 90% of colorectal MALT lymphomas are localized (stage I/II) and have an excellent prognosis. Endoscopic features are variable, however polypoid lesions appear to be more common.

Optimal treatment strategies are not well defined due to its rarity, with some localized cases achieving complete remission with endoscopic resection. Some anecdotal cases of colorectal MALT lymphoma's regression after *Helicobacter pylori* eradication have been reported.

This particular case is noteworthy, given that stage IV colorectal MALT lymphoma is rarely encountered. Due to the disseminated involvement and associated poorer prognosis, chemotherapy was proposed to this patient.

(18681) - NEOPLASIAS MUCINOSAS DO APÊNDICE – 7 ANOS DE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Guidi G¹, Marques R¹, Marques C¹, Freitas F¹, Oliveira A¹, Próspero F¹, Pinto De Sousa J¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: As lesões mucinosas apendiculares são uma condição rara, com ligeiro predomínio nas mulheres (<55%), diagnosticadas nas 6^a/7^a décadas de vida.

Estas lesões caracterizam-se pela dilatação progressiva do apêndice pela acumulação intraluminal de mucina (benigna ou maligna) cuja distinção apenas pode ser confirmada por histologia.

Podem ser classificadas como não neoplásicas (mucocelo simples) ou neoplásicas (lesões serreadas, neoplasias mucinosas apendiculares de baixo grau (LAMN), neoplasias mucinosas apendiculares de alto grau (HAMN) e adenocarcinomas mucinosos).

A abordagem desta patologia depende do timing do diagnóstico, com necessidade frequente de decisão intra-operatória face à ausência de caracterização histológica prévia, representando até 0.3% das apendicectomias por apendicite aguda.

Objectivo: Analisar a casuística do serviço para ressaltar a importância da suspeita diagnóstica e sua orientação, uma vez que se trata de uma patologia rara com que os cirurgiões se deparam usualmente de urgência.

Material e métodos: Recolha de dados de todas as neoplasias mucinosas apendiculares submetidas a apendicectomia e Hemicolecotomia direita (urgentes ou eletivas) entre Janeiro de 2015 e Dezembro 2021. Análise de variáveis como: forma de apresentação, alterações ao exame físico, antecedentes pessoais, resultado dos meios complementares de diagnóstico assim como das peças histológicas e seguimento destes doentes após o diagnóstico.

Resultados: Identificamos 27 neoplasias mucinosas apendiculares (17 LAMN, 1 HAMN, 3 lesões serreadas, 6 adenocarcinomas) operadas no nosso Centro Hospitalar. A grande maioria apresentava como queixa principal dor abdominal na fossa ilíaca direita.

17 doentes foram submetidos a cirurgia electiva e 10 submetidos a cirurgia urgente.

Apenas 6 tinham como diagnóstico pré-operatório a suspeita de apendicite aguda (todos submetidos a cirurgia urgente).

Conclusão: As neoplasias mucinosas do apêndice são um grupo heterogéneo de tumores cujo tratamento é baseado no timing do diagnóstico (não suspeita, suspeita ou confirmada) bem como do regime (urgência ou eletiva) com especial atenção às consequências da perfuração tumoral. O conhecimento das diferentes variáveis histológicas é relevante para uma abordagem concertada e estratificação do risco.

(18683) - PSEUDO-PEDUNCULATED COLONIC LIPOMA WRONGLY DIAGNOSED AS PEDUNCULATED ADENOMA – RE-EVALUATION AND RESECTION IN A TERTIARY CENTER

Correia J¹, Gomes A C¹, Pinho R¹, Silva A P¹, Afecto E¹, Estevinho M M¹; Ribeiro A²

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Gastrointestinal (GI) lipomas represent a benign growth of adipose tissue found in the submucosa. Colonic lipomas are the second most common benign tumors of the colon, despite being a rare condition (incidence 0.2% to 4.4%, prevalence 0.3%). The colon is the most frequently involved segment of the GI tract (65-75%). Generally, these lesions are incidental findings and patients are asymptomatic. Larger lipomas (with more than 4 cm) can contribute to important symptoms in about 75% of cases, such as abdominal pain, diarrhea, constipation, bleeding, obstruction or even intestinal intussusception. In these situations, endoscopic or surgical resection is recommended.

We report a case of a male patient with 50 years-old, with no relevant personal or family history, referred to our facility due to a sigmoid pedunculated polyp with 30 mm found in a screening colonoscopy. Previous biopsies had identified a tubulo-villous adenoma with low grade dysplasia. A subsequent colonoscopy corroborated the presence of a pseudo-pedunculated subepithelial lesion, with a spherical and smooth cephalic portion, and a total size around 40 mm. Endoscopic resection was

performed, after application of 2 hemostatic loops at the base (the second under the first by the loop-over-loop technique), followed by resection with a diathermic snare. After excision, the proximal edges of the loops were near the resection surface, so a third endoloop was placed by the same technique under the previous ones. The surface was composed of yellowish tissue suggestive of a lipoma. Histological examination showed normal colic mucosa and confirmed a submucosal lipoma.

The present case emphasizes that the endoscopic appearance of a bulky colonic lipoma may suggest a neoplastic lesion, and diagnostic errors in less experienced endoscopy centers can be frequent. In addition, larger lesions may be difficult to characterize given the poor endoscopic access. In our patient, the previous endoscopic description and histologic examination wrongly diagnosed a lipoma as an adenomatous polyp. We also highlight the technical particularities of placing a third hemostatic loop under the previous ones.

(18684) - A LATE COMPLICATION OF INFECTIOUS PROCTITIS TREATED WITH AN OVER-THE-SCOPE CLIP

Correia J¹, Gomes A C¹, Pinho R¹, Silva J C¹, Afecto E¹, Estevinho M M¹

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

A 21 year-old male was admitted to the emergency department due to rectal bleeding. He had been diagnosed with infectious proctitis, in the setting of unprotected anal intercourse, the month before, for which he was treated with ceftriaxone 250 mg and a 3 week-course of doxycycline 200 mg daily.

On this current admission, he referred rectal bleeding since the day before, with no other proctologic symptoms. Laboratory workup was unremarkable. On urgent flexible sigmoidoscopy, fresh blood was visible along with multiple ulcers in re-epithelialization. In the distal rectum, close to the anal verge, a pulsatile bleeding vessel in a fibrotic ulcer was identified. Hemostasis with through-the-scope (TTS) clips and a bipolar probe was attempted, without efficacy. An over-the-scope clip (OTSC) encompassing the vessel and a large portion of

the ulcer was then deployed, which resulted in effective hemostasis. The patient recovered uneventfully and at the 1 week re-evaluation sigmoidoscopy the OTSC remained well positioned with no bleeding stigmata.

Infectious proctitis is an increasing diagnosis in men who have sex with men (MSM), and often patients could present with rectal bleeding. Nonetheless, even after proctitis' resolution it is important to be aware of late complications, as healing ulcers. This case highlights a rare but severe complication of infectious proctitis, a bleeding ulcer, and its successful hemostasis with an OTSC.

(18686) - PERFURAÇÃO DO CÓLON SIGMOIDE POR ESPINHA DE PEIXE, UMA ABORDAGEM HÍBRIDA – CASO CLÍNICO

Rodrigues A C M¹, Louro J M¹, Alves D G¹, Fernandes S¹, Caires A G¹, Gouveia M¹, Castro F¹, Serrano P¹, Fernandes J¹, Jasmins F¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A ingestão de corpos estranhos raramente se traduz em perfurações do tracto gastrointestinal. A maioria passa sem complicações associadas e a taxa de perfuração do intestino por um corpo estranho está reportada em menos de 1%. Os locais mais comuns de perfuração são as zonas com lúmen mais estreito: válvula ileo-cecal e transição reto-sigmoide.

Objetivo: Os autores descrevem o caso de um doente com perfuração do cólon sigmoide por espinha de peixe que foi resolvido com recurso a uma abordagem combinada (endoscópica e laparoscópica).

Material e métodos: Doente de 54 anos do sexo masculino que se apresentou com dor na fossa ilíaca esquerda associada a náuseas. Não apresentava alterações do trânsito gastro-intestinal ou queixas urinárias. Clinicamente apresentava dor e defesa à palpação da fossa ilíaca esquerda. No estudo laboratorial evidenciou-se leucocitose e elevação da proteína C reactiva. Foi realizada uma tomografia computadorizada que identificou a presença de um espessamento cólico à esquerda, associado com densificação da gordura peri-cólica e pequenas bolhas gasosas. Era evidente a presença de uma estrutura de aspecto cálcico consistente com um corpo estranho intra-luminal. O doente foi proposto para cirurgia urgente.

Resultados: No bloco operatório foi solicitado o apoio da gastroenterologia que identificou o corpo estranho no lúmen do cólon sigmoide e procedeu à sua remoção. Foi depois realizada uma laparoscopia exploradora com identificação de líquido peritoneal em pequena quantidade, sem evidência de conteúdo fecal. A perfuração do cólon era ao nível do bordo mesentérico e foi realizada a sutura da mesma. Procedeu-se a toilette peritoneal e colocação de dreno pélvico. O doente ficou internado sob antibioterapia verificando-se uma evolução favorável com alta ao 6º dia pós-operatório.

Discussão/Conclusão: A abordagem dos doentes com corpos estranhos pode ser variada estando dependente da situação clínica. Neste caso o doente apresentava o corpo estranho no lúmen e, por isso, optou-se pela extração com recurso a endoscopia associada à laparoscopia para encerramento da perfuração. Os autores consideram que esta pode ser uma abordagem viável evitando procedimentos major com maior morbidade associada.

(18687) - PROCEDIMENTO STARR NO PROLAPSO RECTAL – ACERCA DE 2 CASOS CLÍNICOS

Rodrigues A C M¹, Sousa M O¹, Alves D G¹, Fernandes S¹, Caires A G¹, Gouveia M¹, Castro F¹, Serrano P¹, Fernandes J¹, Jasmim F¹

1 - Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: O prolapso rectal interno e rectocelo são patologias frequentemente associadas a quadros de obstipação com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Manifestam-se frequentemente como Síndrome de Obstrução Defecatória. Estudos publicados nos últimos anos com o objectivo de avaliar o procedimento de STARR (Stapled Transanal Rectal Resection) em termos de eficácia, resultados a longo prazo, segurança e melhoria da qualidade de vida concluíram que é um procedimento seguro, rápido e eficaz com baixas taxas de morbidade associada.

Objetivo: Os autores apresentam 2 casos tratados com o procedimento de STARR, um correspondendo a uma doente com retocelo e outra com um prolapso rectal interno.

Material e métodos: Os casos clínicos referidos correspondem a 2 doentes do sexo feminino 57 e 62 anos,

diagnosticadas com prolapso rectal interno e retocelo, respectivamente. Foram submetidas a procedimento de STARR. Uma doente necessitou de revisão da sutura por hemorragia local, a outra doente apresentou um pós-operatório sem complicações associadas.

Resultados: As doentes foram avaliadas ao 1º e 2º mês pós-operatório e encontram-se sem queixas, com melhoria defecatória e sem recidiva.

Discussão/Conclusão: Em concordância com series publicadas, o procedimento não apresentou morbimortalidade associada e traduziu-se numa melhoria da qualidade de vida das doentes.

(18689) - PROLAPSO RECTAL – AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL É UMA BOA OPÇÃO? UM CASO CLÍNICO

Ribeiro J¹, Marques R¹, Sousa P J¹, Moreira H¹, Pinto De Sousa J¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Prolapso rectal é definido como a exteriorização de toda a espessura da parede rectal através do canal anal. É uma patologia do pavimento pélvico muito debilitante, que afeta significativamente a qualidade de vida. É mais frequente no género feminino e em idade superior a 50 anos. Os fatores de risco para prolapso rectal incluem: obstipação, multiparidade, cirurgia prévia, doenças do foro neurológico, doenças do tecido conjuntivo e patologia do pavimento pélvico. O tratamento conservador pode incluir alterações comportamentais e exercícios de reabilitação do pavimento pélvico. No entanto, a cirurgia é o único tratamento curativo, que deve ser definida de acordo com as características do paciente, comorbilidades e o risco de complicações no pós-operatório.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar o caso clínico de um prolapso rectal, grau 4, submetido a uma amputação abdominoperineal interesfincteriana e demonstrar que esta abordagem cirúrgica pode ser uma opção no tratamento do prolapso rectal, especialmente em doentes com comorbilidades importantes associadas.

Resumo do caso: Homem de 57 anos, com antecedentes médicos de nefropatia membranosa, hipertensão

e dislipidemia, foi admitido por agravamento da sua síndrome nefrótica. Durante o internamento, apresentou um prolapso rectal com necessidade de avaliação por Cirurgia. O doente, com história passada de prolapso rectal há vários anos, já tinha realizado uma colonoscopia, que confirmou o prolapso, e um estudo do tempo de trânsito, que era normal. Ao exame físico, apresentava um prolapso rectal completo, grau 4, com cerca de 15 cm de comprimento, com a mucosa edemaciada e ulcerada. O esfíncter anal estava hipotónico e com elevada complacência, associadamente apresentava ausência de sensibilidade na região anal. Foi proposta uma abordagem cirúrgica perianal, que pela síndrome nefrótica mal controlada foi diferida. Realizou-se quatro tentativas de redução manual, com recidiva imediata do prolapso. Nesta altura, o doente apresentava uma dor intensa mal controlada, com necessidade de recorrer a analgesia epidural. Devido à ausência de sucesso das reduções manuais, o doente foi submetido a uma operação de Thiersch como tratamento temporário. Dado a extensão do prolapso, a ausência de tonicidade do esfíncter anal, a ausência de sensibilidade na região anal e a necessidade de recorrer a um procedimento temporário para a redução, associados ao estado de imunossupressão do paciente, foi considerado que as cirurgias de Delorme ou de Altemeier não seriam bem sucedidas, pelo que se decidiu realizar uma abordagem mais radical – uma amputação abdominoperineal interesfincteriana. A recuperação no pós-operatório decorreu sem intercorrências. A análise anátomo-patológica revelou apenas um póliplo hiperplásico de pequenas dimensões na mucosa rectal. Quatro meses depois, o paciente está totalmente adaptado à colostomia e reporta uma melhoria na sua qualidade de vida.

Relevância: O prolapso rectal tem um impacto negativo importante na qualidade de vida dos doentes. A abordagem cirúrgica, que é o único tratamento curativo, deve ser escolhida de forma personalizada tendo em conta as comorbilidades do doente, o estudo pré-operatório e as complicações do pós-operatório. Este caso clínico mostra que a amputação abdominoperineal é uma opção válida no tratamento do prolapso rectal, principalmente em pacientes com comorbilidades associadas.

(18690) - DIVERTICULITE COMPLICADA – UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Marques P¹, Silva E¹, Brandão P¹, Silva A C¹, Sampaio M¹, Santos M D¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A doença diverticular é uma patologia frequente no mundo ocidental, podendo manifestar-se sob a forma de inflamação (diverticulite) ou hemorragia. As apresentações da diverticulite aguda são diversas e com diferentes graus de gravidade, desde apenas inflamação até perfuração livre.

A inflamação local recorrente pode associar-se a complicações locais com manifestações crónicas, nomeadamente a formação de trajetos fistulosos para estruturas adjacentes. Quando ocorrem, as fístulas colovesicais são as mais frequentes, ocorrendo em 2/3 dos doentes com fistulização. Clinicamente caracterizam-se por queixas de pneumatúria, fecalúria e infeções urinárias de repetição de flora polimicrobiana.

A utilização de meios complementares de diagnóstico, como ecografia, tomografia computadorizada, colonoscopia ou ressonância magnética, permitem não só confirmar o diagnóstico como também planear o tratamento necessário.

Objetivo: Demonstrar a abordagem cirúrgica num caso suspeito de fístula colo-vesical pós-diverticulite aguda.

Resumo do caso: Homem de 55 anos, com múltiplos fatores de risco cardiovascular e SAOS prévio. Há cerca de 3 anos, com episódio de diverticulite aguda complicada com perfuração contida, com duas coleções intra-abdominais multiloculadas, a maior contactando o cólon sigmóide e as últimas ansas de delgado. Dois anos após este episódio, com queixas de infeção urinária de repetição, associada a clínica de pneumatúria e fecalúria ocasional. Realizou estudo adicional com TC e colonoscopia, com suspeita de aparente trajeto fistuloso entre o sigmóide e a bexiga, não objetivado na colonoscopia. Assumido diagnóstico de fístula colo-vesical e proposto tratamento cirúrgico.

O doente foi submetido a sigmoidectomia por via laparoscópica. Intra-operatoriamente objetivado processo aderencial extenso entre o cólon sigmóide e o intesti-

no delgado, na localização das coleções previamente descritas. Aderência importante do sigmoide à parede posterior da bexiga, com plano de clivagem difícil. Realizada disseção, sem evidência de fistula colo-vesical, mesmo após instilação de azul de metileno. Procedeu-se a cirurgia de ressecção com confecção de anastomose mecânica com máquina circular. Procedimento sem intercorrências.

Pós-operatório decorreu sem complicações, com boa tolerância a introdução de dieta e restabelecimento do trânsito intestinal. Decidida manutenção de sonda vesical 14 dias após a cirurgia, tendo o doente alta em D7 pós-operatório, algaliado. Remoção de sonda no 14º dia, sem intercorrências associadas.

Resultado do exame histológico da peça operatória compatível com processo inflamatório agudo, com presença de divertículos, abscessos e perfuração, sem evidência de processo neoplásico.

Relevância: Os meios complementares de diagnóstico são ferramentas importantes para o estudo pré-operatório e para o seguimento dos doentes. Porém, a interpretação das imagens nem sempre é linear, e ocasionalmente os achados intra-operatórios não correspondem ao estudo prévio. É importante estar preparado para lidar com os diversos cenários de modo a oferecer o melhor tratamento possível ao doente.

(18693) - RASTREIO DO CANCRO ANAL EM DOENTES COM INFEÇÃO PELO VIH – EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE GÉNEROS?

Garrido I¹, Coelho R¹, Silva M¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: O cancro anal é responsável por cerca de 2.5% das neoplasias do trato gastrointestinal. A neoplasia desenvolve-se habitualmente na zona de transição escamocolumnar do canal anal a partir de lesões precursoras. Os grupos de maior risco, nomeadamente doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), devem realizar rastreio com base na citologia anal, seguido de anoscopia de alta-resolução com biópsia em caso de citologia alterada.

Objetivo: Comparar os resultados citológicos e histopa-

tológicos do canal anal entre géneros de uma população de doentes com infeção pelo VIH submetida a rastreio de lesões displásicas do canal anal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes do sexo feminino com infeção pelo VIH submetidos a rastreio do cancro anal em consulta de Proctologia entre janeiro de 2018 e setembro de 2022. Estes indivíduos foram comparados com doentes do sexo masculino com infeção pelo VIH que têm sexo com homens representativos deste grupo.

Resultados: Foram incluídos 69 doentes do sexo feminino (idade média 50.7±8.9 anos) e 69 doentes do sexo masculino (idade média 41.7±9.5 anos) com infeção pelo VIH. Documentaram-se hábitos tabágicos em 30.4% das mulheres e 55.1% dos homens (p=0.426). Apenas 10.1% dos doentes do sexo feminino e 27.5% dos doentes do sexo masculino tinha sido vacinada contra o vírus do papiloma humano (HPV) (p<0.001). Verificou-se que as mulheres apresentavam mais frequentemente lesões de alto grau (HSIL) na citologia do canal anal (27.5% vs. 8.7%, p=0.005). Não existiram diferenças estatisticamente significativas em relação à presença de células escamosas atípicas (ASC) (34.8% vs. 31.9%, p=0.763). Identificaram estirpes de HPV de alto risco em 82.6% das mulheres e 89.9% dos homens (p=0.138). Um total de 21 (21.7%) mulheres e 25 (25.7%) homens realizaram biópsias do canal anal. Foi diagnosticado 1 caso de carcinoma epidermoide em cada um dos grupos. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, as mulheres apresentaram mais frequentemente lesões intra-epiteliais com displasia de moderado/alto grau (57.1% vs. 36.0%, p=0.152).

Discussão: Na nossa coorte, as mulheres com infeção pelo VIH apresentaram mais frequentemente lesões de alto grau na citologia e nas biópsias do canal anal em comparação com doentes do sexo masculino com infeção pelo VIH que têm sexo com homens. Portanto, é fundamental manter o rastreio do cancro anal nesta população, assim como o rastreio do cancro do colo do útero utilizando a citologia cervico-vaginal, e reforçar a importância da vacinação contra o HPV.

(18696) - RECIDIVA ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA PRECOCE DO CÓLON TRATADO POR POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA

Ribeiro J¹, Martins D¹, Oliveira A¹, Machado A¹, Moreira H¹, Pinto-De-Sousa J¹

1 - Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O cancro colorretal é o terceiro em termos de incidência em Portugal, mas ocupa o segundo lugar em mortalidade por patologia oncológica. O rastreio com colonoscopia e polipectomia, quando necessário, reduzem significativamente a incidência e, consequentemente, a mortalidade por cancro colorretal. A ressecção endoscópica é curativa para lesões localizadas na mucosa. Quando a lesão invade a muscular mucosa até à submucosa constitui uma doença T1 com risco de recidiva local de 0.7 a 7%, conforme se trate de cancro colorretal que reúne critérios de baixo ou alto risco, respetivamente. A ressecção endoscópica completa destas lesões pode ser curativa com sobrevida aos 5 anos superior a 95%. No entanto, se houver invasão linfática a sobrevida diminui para os 68.4% - 87.6%.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar um caso de recidiva de cancro colorretal (T1), 5 anos após a realização de polipectomia endoscópica. Recidiva esta não detetada em colonoscopias de seguimento.

Resumo do caso: Homem de 73 anos, com antecedentes de mucosectomia endoscópica em 2016 por pólipó pediculado no cólon sigmóide, realizada fora do nosso centro hospitalar, cujo resultado da anatomia patológica revelou adenocarcinoma invasor com DBG e DAG, com invasão da submucosa (Haggitt 3), mas margens de ressecção mucosa sem envolvimento neoplásico - pT1. Face a fatores de risco pessoais e familiares (história familiar de neoplasias digestivas), optou-se por vigilância anual em consulta de gastroenterologia. Cinco anos mais tarde, em 2021, por elevação de marcadores tumorais séricos e dor lombar, realizou TC abdomino-pélvico, que mostrou uma lesão espiculada em topografia entre vasos ilíacos comuns/anterior a L5/S1, medindo 32 mm x 26 mm, apesar de colonoscopia não mostrar sinais endoscópicos de recidiva local. A RMN e PET scan confirmaram a presença da lesão no mesocólon sigmóide, em provável relação com implante peritoneal. Após apresentação em

consulta multidisciplinar, o doente é submetido a ressecção anterior do reto alta, onde intra-operatoriamente se identificou a lesão ao nível do mesossigmoide acima da transição rectosigmoide, e em íntimo contacto com os vasos ilíacos. A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um adenocarcinoma invasor, localizado na espessura dos tecidos peri-cólicos e atingimento da muscular própria e submucosa, sem alterações na superfície mucosa.

Relevância: Apesar do baixo risco de recorrência pós polipectomia de cancro colorretal – T1, este caso demonstra a necessidade de critérios mais apertados de decisão clínica (nomeadamente histológicos: invasão tumoral da submucosa, tumor budding, etc.), o eventual interesse da ecoendoscopia, e a importância do programa de vigilância clínica e imagiológica.

(18700) - VALIDAÇÃO DO IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO ERAS NA CIRURGIA COLORRETAL

Marques T M¹, Pinto D M¹, Gonçalves J P¹, Guerreiro E¹, Morais M¹

1 - ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução: A implementação do protocolo ERAS (*Enhanced Recovery after Surgery*) no perioperatório da cirurgia colorretal tem demonstrado trazer inúmeros benefícios, nomeadamente com a diminuição do tempo de internamento e da morbilidade, aumento da satisfação global do doente e minoração dos custos associados aos cuidados de saúde.

No entanto, variações na implementação dos seus componentes traduzem-se na dificuldade de validação do impacto do programa ERAS nos vários estudos, pelo que a sua aplicação clínica é um processo em desenvolvimento contínuo.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo validar o impacto da implementação do protocolo ERAS nos doentes submetidos a cirurgia colorretal, por indicação benigna e maligna, no tempo de internamento e complicações. Os objetivos secundários foram avaliar o seu impacto no número de readmissões, reintervenções, tempo até introdução da dieta, primeira dejeção e dor no pós-operatório; para além de estudar fatores associados com

maior tempo de internamento.

Material e métodos: Foram colhidos retrospectivamente dados demográficos e perioperatórios dos doentes submetidos a cirurgia colorretal, durante igual período, no pré-ERAS (entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2010) e no pós-ERAS (1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018). Foram excluídos os doentes intervençionados em regime de urgência e os que realizaram mais do que uma intervenção no mesmo tempo cirúrgico. Foi realizada uma análise estatística comparativa dos *outcomes* propostos entre o grupo pré-ERAS (pré-implementação) e pós-ERAS (pós-implementação de todos os seus componentes) e uma análise multivariável dos fatores que podem influenciar o tempo de internamento.

Resultados: Foram incluídos no estudo um total de 404 doentes, 173 referentes ao período pré-ERAS e 231 ao período pós-ERAS. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que concerne ao sexo, idade, índice de massa corporal (IMC) e score da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA). Os doentes no período pós-ERAS apresentavam um menor índice de *Charlson* (3 vs. 5, $p < 0.001$) e foi documentada uma maior percentagem de fumadores (16.5% vs. 9.2%, $p=0.035$). No grupo de doentes em que foi aplicado o protocolo ERAS existia uma maior percentagem de patologia do cólon direito (48.5% vs. 32.9%, $p=0.02$); não se verificaram outras diferenças entre os dois grupos. Não se verificaram igualmente diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao tempo de cirurgia e percentagem de criação de estoma. O grupo em que foi implementado o ERAS apresentou menor tempo até introdução de dieta (ao 3º dia vs. 4º dia, $p < 0.001$) e menor duração de internamento (mediana de 8 vs. 10 dias, $p=0.019$). Não se verificaram diferenças no tempo até à primeira dejeção no pós-operatório ou na dor pós-operatória, nem nas taxas de complicações, readmissão e reintervenção. As complicações mais frequentemente registadas foram septicemia, deiscência anastomótica, peritonite ou abscesso intra-abdominal, hemorragia, infeção da ferida e complicações médicas. Os fatores independentes relacionados com maior tempo de internamento foram grupo pré-ERAS e grupo pós-ERAS sem *compliance*, maior ASA, cirurgia retal e o

aparecimento de complicações.

Discussão/Conclusão: Este trabalho, de forma similar a outros já realizados na área, demonstra que a implementação do protocolo ERAS no perioperatório da cirurgia colorretal permite reduzir o tempo de internamento, sem aumentar a taxa de complicações cirúrgicas. Contudo, impõem-se algumas limitações na leitura destes resultados, dado tratar-se de um estudo retrospectivo com intrínsecas diferenças entre as populações. Ainda assim, acrescentamos não haver diferenças em *outcomes* importantes como a dor no pós-operatório, e a taxa de readmissões ou reintervenções. Estudos futuros devem focar-se na análise e melhoria de componentes do programa ERAS que possam ter impacto positivo nestes resultados.

(18701) - FACTORES PREDITORES DE PROLONGAMENTO DO TEMPO DE INTERNAMENTO EM CIRURGIA COLORRECTAL ONCOLÓGICA ELECTIVA

Miguel I N^{1,2}, Amorim E^{1,2}, Rebelo E³, Mendes B S^{1,2}, Pina S^{1,2}, Cunha M^{1,2}, Rachadell J^{1,2}, Americano A^{1,2}

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão; 2 - Grupo de Cirurgia Colorrectal de Portimão; 3 - Faculdade de Economia da Universidade do Algarve/Introdução

A demora média do internamento é um indicador de gestão não clínico, utilizado para avaliar a eficiência e a capacidade instalada de uma organização.

Tempos de internamento prolongados estão directamente relacionados com o aumento dos custos dos cuidados de saúde e acarretam um risco aumentado na ocorrência de infecções associadas aos cuidados de saúde. O conhecimento dos factores de risco que possam influenciar o aumento do tempo de internamento assume uma especial importância ao nível da gestão de recursos disponíveis.

Objectivo: Criação de um modelo para avaliação dos factores preditivos de prolongamento do tempo de internamento na cirurgia oncológica colorrectal no grupo de cirurgia colorrectal da unidade de Portimão.

Material e métodos

A análise proposta tem como base a realização de um estudo retrospectivo, observacional na qual foram incluídos 120 doentes. As variáveis avaliadas incluídas foram:

dias de internamento, sexo, idade, comorbilidades, risco anestésicos, estadio oncológico, tipo de cirurgia, necessidade de estoma e existência de complicações. O tempo de internamento foi definido em 2 níveis: tempo igual ou inferior a 5 dias, e superior a 5 dias.

Resultados: O resultado de estimação do modelo pelo método de máxima verossimilhança, identificou um conjunto de variáveis candidatas com poder explicativo para o prolongamento do tempo de internamento para além dos 5 dias: existência de comorbilidades, ressecção do recto, abordagem laparotómica e a existência de complicações. Para cada cenário foram calculadas as probabilidades de internamentos superiores a 5 dias.

Discussão/Conclusão: Neste estudo as variáveis socio-demográficas não apresentam influência no tempo de internamento. A opção pela realização de laparotomia apresenta o maior valor da estimativa dos parâmetros das variáveis preditivas, pelo que a opção por uma abordagem minimamente invasiva diminuirá significativamente a probabilidade de prolongar o internamento. A criação de um modelo validado para avaliação dos factores preditivos de prolongamento do internamento é um instrumento valioso para melhorar a eficiência da gestão dos recursos hospitalares, possibilitando a concentração dos recursos disponíveis na optimização das variáveis modificáveis que apresentam poder explicativo.

(18704) - ADENOCARCINOMA COM CÉLULAS EM ANEL DE SINETE METÁCRONO DO ESTÔMAGO E CÓLON

Oliveira J¹, Lima R¹, Cotovio M¹, Bolota J¹, Machado A¹, Silva A C¹, Carvalho M¹

1 - Hospital do Espírito Santo de Évora

Introdução: Os carcinomas com células em anel de sinete são tumores raros, agressivos e com mau prognóstico, sendo tipicamente diagnosticados em estadios avançados. A sua localização mais frequente é o estômago (56.8%), seguido do cólon (15.3%), esófago (4.7%) e recto (4.3%). O adenocarcinoma com células em anel de sinete corresponde a cerca de 17% dos carcinomas gástricos e a menos de 1% dos carcinomas do cólon e recto, sendo as lesões metácronas ainda menos frequentes.

Objectivo: Exposição do caso clínico de um doente com

adenocarcinomas com células em anel de sinete gástrico e rectal metácronos.

Resumo do caso: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 68 anos, com antecedentes de adenocarcinoma gástrico do antro, submetido a gastrectomia subtotal, e cujo exame anatomopatológico revelou um adenocarcinoma pT4a N0 M0, pouco diferenciado, de tipo misto (Lauren) com componente de células em anel de sinete. Após a cirurgia, cumpriu QT adjuvante com capecitabina, com boa evolução.

Aos 3 anos de pós-operatório, constatada elevação de CA 19-9 nas análises de follow-up. A TC TAP revelou uma lesão proliferativa pélvica com envolvimento do recto, mesorecto e bexiga. O doente realizou colonoscopia, onde foi identificada, aos 10cm de margem anal, uma lesão neoplásica, estenosante, cuja biópsia revelou adenocarcinoma infiltrativo pouco diferenciado com células em anel de sinete. Solicitada PET, que mostrou lesão hipermetabólica rectal, extensa, circunferencial (primário vs M1) e três lesões hipermetabólicas loco-regionais (gordura para-rectal direita, pré-sagrada e retroperitoneal inferior).

O doente cumpriu QRT neoadjuvante. Em seguida, foi submetido a cirurgia, tendo sido constatada intraoperatoriamente lesão extensa, com fístula rectovesical e abscesso associado, pelo que foi realizada ressecção anterior do recto, cistectomia parcial e colostomia terminal. Boa evolução no pós-operatório, tendo cumprido ciclo de antibioterapia, destacando-se quadro de hematúria como intercorrência. Alta ao 18º dia de pós-operatório. O exame histológico da peça revelou adenocarcinoma pouco diferenciado com componente de células em anel de Sinete ypT4b N0 (0/15), com margem distal envolvida pelo tumor (R1). O doente foi proposto para QT adjuvante, com progressão tumoral. Aos 2 meses de pós-operatório, nova subida de CA 19-9, tendo repetido PET que mostrou disseminação peritoneal, pelo que foi decidida QT paliativa, tendo o doente falecido a 1 ano de pós-operatório.

Relevância: A incidência de segundos tumores em doentes com neoplasia gástrica varia entre 1.7-8.0%, sendo o local mais frequente do segundo tumor o cólon e recto. Os adenocarcinomas de células em anel

de sinete do recto são pouco frequentes, agressivos e maioritariamente diagnosticados em estadios tardios (III/IV) e podem partilhar alterações moleculares com os adenocarcinomas gástricos. Este facto deve ser tido em conta na vigilância destes doentes após o primeiro tumor, mantendo um elevado grau de suspeição para a presença de segundas neoplasias e promovendo um diagnóstico precoce das mesmas.

(18706) - INVAGINAÇÃO COLORRETAL POR PÓLIPO PEDICULADO: ADENOMA VILOSO NA ETIOLOGIA DO CASO

Côrte-Real F¹, Rego A C¹, Quintanilha R¹, Moura D B¹, Rebelo C C¹, Lima M F¹, Taveira F¹, Costa Santos M P¹, Costa Santos V¹, Pereira J R¹, Nunes N¹, Paz N¹, Duarte M A¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

A invaginação é uma patologia rara no adulto, podendo atingir os 5% de todos os casos de invaginação. Nesta faixa etária, é mais frequente no intestino delgado, e ocorre, mais raramente, no cólon. Aproximadamente metade dos casos de invaginação do cólon estão relacionados com neoplasias malignas. As causas benignas mais frequentes de invaginação do cólon são as neoplasias (lipomas, adenomas, e, menos frequentemente, adenomas tubulares vilosos, linfangiomas, entre outros). Alguns destes casos podem-se manifestar com prolapso retal. Apresentamos um caso de invaginação colorretal por uma neoplasia benigna. Doente do sexo masculino, de 59 anos de idade. Recorre ao Serviço de Urgência por hematoquézia de sangue vivo, associada a sensação de peso supra-púbico e obstipação, com dois dias de evolução. Sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual. Ao exame objetivo, à admissão, o doente encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, com abdómen mole e depressível, com dor à palpação na região supra-púbica, sem dor à descompressão e sem massas palpáveis. Toque retal com massa palpável de grandes dimensões, entre os 5 e os 10 cm da margem anal, indolor. Analiticamente, hemoglobina de 15.4 g/dL, sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Na retossigmoidoscopia, aos 5 cm da margem anal, observou-se volumosa lesão vegetante pediculada friável,

Paris 0-1p, que ocupava a quase totalidade do lúmen. Conseguida progressão até aos 20 cm da margem anal, onde se constatou, ao longo de todo o trajeto, congestão e eritema da mucosa, sem se identificar o lúmen – aspetos sugestivos de invaginação intestinal associados à lesão descrita.

Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica de urgência, que identifica invaginação colorretal, com uma extensão aproximada de 13 cm. Na porção distal do cólon sigmóide, observa-se uma imagem tecidular captante e aparentemente polipoide, com cerca de 2.7 cm de eixo longitudinal e 2.9x2.5 cm de diâmetro axiais – possível *leading point* para a invaginação descrita.

O doente foi submetido a ressecção transanal de tumor retal prolapsado com endoGIA, sob anestesia geral. O procedimento decorreu sem intercorrências. A avaliação histológica identifica um adenoma viloso, com displasia epitelial de baixo grau e com tecido livre na base.

O tratamento de eleição da invaginação no adulto é cirúrgico. O doente teve alta ao fim de 4 dias de internamento, sem recidiva da sintomatologia, encontrando-se a aguardar realização de colonoscopia total.

(18707) - IMPLEMENTING A MIS PROGRAMME FOR COLORECTAL CANCER: 10 YEARS OF EXPERIENCE FROM A TERTIARY CANCER CENTER

Herrando A I¹, Azevedo J¹, Fernández L M¹, Vieira P F¹, Domingos H¹, Pantelemoinitis S¹, Parvaiz A¹

1 - Fundação Champalimaud

Introduction: Minimally invasive surgery (MIS) has become common practice among colorectal surgeons due to better short-term outcomes, including shorter hospital stay and fewer complications compared to open procedures. In addition, specialization in colorectal surgery has been found to lead to better quality of surgical care. In order to understand the impact of implementing a MIS programme, we aimed to evaluate the short-term postoperative outcomes after colorectal cancer surgery considering two consecutive periods of time in our center.

Methods: This is a retrospective study on a prospectively collected database. All patients primarily treated in our center were included. Data collected from the first five

years was compared with data collected on the latter ones, using the 1st January 2017 as a pivot date. All the procedures were performed by fully trained colorectal surgeons with direct supervision of an experienced surgeon with more than 15 years of experience in MIS. The baseline characteristics and short-term perioperative outcomes were analyzed between the referred periods of time.

Results: From May 2012 to August 2022, 514 primary colorectal resections were collected from our database. From these, 156 patients (median age 65 [IQR 59 – 71], Female 43.6%) were treated in our department over the first 5 years (Group 1) and 358 patients (median age 67 [IQR 57–74], females 48%) were operated over the latter years (Group 2).

In the first group, minimally invasive approach was performed in 76.3% of the patients (laparoscopic 64.1%, robotic 7.7% and transanal 4.5%), whilst 97.5% of the patients (laparoscopic 41.3%, robotic 55.3%, and transanal 0.8%) of the second group leveraged from this approach ($p < 0.001$).

Group 2 had lower days of hospitalization and higher lymph nodes retrieval (4 vs 6 days, $p = < 0.001$; 24 vs 17, $p = < 0.001$). Conversely, similar short-term perioperative outcomes were found between group 1 and 2: conversion rate 3.4% vs 2.6%, $p = 0.215$; complications Clavien Dindo 3b or more 18.3% vs 30.4%, $p = 0.110$; reoperation rate 5.1% vs 9.5%, $p = 0.096$; readmission rate 5.8% vs 6.1%, $p = 0.869$; anastomotic leak 2.6% vs 4.75%, $p = 0.250$; R0 resections 96.8% vs 95.5%, $p = 0.175$. Only one patient died within the 30 days after the surgery in the first group.

Conclusion: Over the past decade, our group safely implemented MIS as the standard of care approach to treat colorectal cancer. Consequently, we achieved a higher lymph node retrieval and a lower length of stay with MIS.

(18709) - ENUCLEAÇÃO DE GIST PARA-RETAL POR VIA DE KRASKE

Tavares A¹, Martins J¹, Amado A¹, Queirós T¹, Leite M¹, Pereira B¹, Cardoso J¹, Gandra L¹, Oliveira M¹, Cabral A M²

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;

2 - Hospital da Horta, EPE

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) representam os sarcomas mais comuns do trato gastrointestinal.¹

75% destes tumores têm mutação do gene KIT, e 10% têm mutação do gene PDGFRA.⁵ Estes tumores, de consistência frágil, surgem habitualmente na 7ª década de vida com um leque de sintomas variado, que depende do seu volume e do local onde surgem.^{2,6} Uma grande parte destes surge no estômago (cerca de 55%) e no intestino delgado (cerca de 30%), sendo as restantes localizações infrequentes. Apenas cerca de 2.5% surgem no reto.¹

A descoberta de mutações KIT nos GISTs levou à introdução do imatinib como terapêutica para esta patologia, o que resultou num aumento da sobrevida dos doentes. Em terapêutica contínua, existe evidência de que este fármaco é muito eficaz a diminuir, ou estabilizar, o volume destes tumores.^{1,5} Na era pre-imatinib, os GISTs retais eram tratados muitas vezes com cirurgias radicais, incluindo com amputações abdominoperineais.^{3,4} Uma ressecção curativa era atingida apenas numa minoria dos doentes com doença metastática, os quais apresentavam uma sobrevida, em média, menor a 20 meses desde o diagnóstico.⁶ Nos últimos anos, o imatinib tem sido utilizado para o *downsize* de tumores localmente avançados e, assim, facilitar uma ressecção local R0 por via anterior ou posterior.^{3,4} A via de Kraske, uma técnica descrita inicialmente em 1885 para o tratamento cirúrgico de neoplasias do reto, é uma via trans-sacroccócea que permite aceder ao espaço retro-retal.⁴ Esta abordagem evita a morbilidade associada a outros procedimentos, e pode ser uma mais valia nos GISTs, já que estes têm uma tendência a crescer extraluminalmente e raramente disseminam para gânglios linfáticos loco-regionais.⁷

Objetivo: Reportar um caso de um GIST retro-retal removido por via de Kraske.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico em formato poster.

Resultados: Um homem de 55 anos, com antecedentes de prostatectomia radical assistida por robô por um adenocarcinoma, realizou uma ressonância magnética pélvica por queixas de dor sacrococcígea e dificuldade na defecação que tiveram início 24 meses antes, altura em que tinha sido submetido a uma hemorroidectomia de Milligan-Morgan. O relatório da ressonância relatava uma “volumosa lesão expansiva com 99 mm de maior eixo em topografia esquerda ao reto, mas na dependência da parede deste, envolvendo praticamente toda a fossa ísquio-retal, com componente exofítico (...) correspondendo muito provavelmente a um volumoso GIST a ser caracterizado por biópsia.(...)”

Na colonoscopia foi possível observar a obliteração quase total do lúmen do reto médio e distal, e por ecoendoscopia foi realizada biópsia da lesão por agulha fina. A histologia revelou compatibilidade com o diagnóstico de GIST (CD117 e DOG1 positiva). Foi pedido o estudo de mutações dos genes KIT e PDGFRA, que revelaram uma deleção no exão 11 do gene KIT, associada a sensibilidade ao tratamento com Imatinib. O doente foi também submetido a uma PET-FDG onde não foram evidenciados outros focos de avidéz para fluorodesoxiglicose para além da lesão já conhecida.

Após discussão em consulta de grupo multidisciplinar, o doente iniciou imatinib neoadjuvante, com boa tolerância e significativa redução das dimensões da lesão tumoral. Posteriormente, foi submetido a enucleação da lesão pela via de Kraske, que decorreu sem intercorrências, e manteve imatinib adjuvante. À data, o resultado anato-patológico da peça ainda não se encontra disponível.

Discussão/Conclusão: Os GISTs são tumores raros cujo diagnóstico e tratamento se têm alterado nos últimos anos. A introdução do imatinib alterou o tratamento desta patologia, com melhoria substancial do prognóstico dos doentes. A abordagem de Kraske permitiu uma boa exposição da lesão com a evicção dos riscos associados a outras abordagens.^{6,7}

REFERÊNCIAS

1. Ma GL, Murphy JD, et al. *Epidemiology of gastrointestinal stromal tumors in the era of histology codes: results of a population-based study.* Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Jan;24(1):298-302. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-14-1002. Epub 2014 Oct 2. PMID: 25277795; PMCID: PMC4294949.

2. Mucciariini C, Rossi G, et al. *Incidence and clinicopathologic features of gastrointestinal stromal tumors. A population-based study.* BMC Cancer. 2007 Dec 20;7:230. doi: 10.1186/1471-2407-7-230. PMID: 18096058; PMCID: PMC2241631.

3. Cavnar MJ, Wang L, et al. *Rectal Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) in the Era of Imatinib: Organ Preservation and Improved Oncologic Outcome.* Ann Surg Oncol. 2017 Dec;24(13):3972-3980. doi: 10.1245/s10434-017-6087-9. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29058144; PMCID: PMC5720861.

4. M. Aubert, D. Mege. *Kraske approach to retrorectal tumors: Surgical technique.* Journal of Visceral Surgery, 2022, 159;3:229-233. ISSN 1878-7886, doi:10.1016/j.jviscsurg.2022.01.009

5. Cavnar MJ, Seier K, et al. *Outcome of 1000 Patients With Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) Treated by Surgery in the Pre- and Post-imatinib Eras.* Ann Surg. 2021 Jan 1;273(1):128-138. doi: 10.1097/SLA.0000000000003277. PMID: 30946076; PMCID: PMC6774913

6. Gervaz P, Huber O, Morel P. *Surgical management of gastrointestinal stromal tumours.* Br J Surg. 2009;96(6):567-578. doi:10.1002/bjs.6601

7. Gervaz P, Huber O, et al. *Trans-sacral (Kraske) approach for gastrointestinal stromal tumour of the lower rectum: old procedure for a new disease.* Colorectal Dis. 2008;10(9):951-952. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01489.

(18711) - SARCOMA DE KAPOSI COM ENVOLVIMENTO GASTROINTESTINAL: UMA MANIFESTAÇÃO SILENCIOSA

Cunha Neves J A¹, Queirós P¹, Tavares De Sousa H¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão

Introdução: O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia associada à infeção por VIH, com menor incidência e severidade desde o surgimento da terapêutica antirretroviral (TARV). O trato gastrointestinal é o 3º órgão mais afetado, com uma taxa de sobrevivência a 6 meses de 40%.

Objetivo: Salientar a importância do estudo endoscópico na avaliação dos doentes com Sarcoma de Kaposi e o impacto da deteção de envolvimento visceral na conduta terapêutica.

Resumo do caso: Doente do sexo masculino, 48 anos, MSM, com antecedentes de sífilis, sem história conhecida de infeção por VIH. Admitido na consulta de Medicina Interna para estudo de lesões violáceas na face, perna e antebraço esquerdos. Referia astenia, anorexia e perda ponderal involuntária e negava quaisquer sintomas gastrointestinais. A biópsia das lesões cutâneas diagnosticou Sarcoma de Kaposi. Neste contexto realizou teste rápido VIH que se revelou positivo. Analiticamente apresentava Hb: 11.3g/dL, carga viral VIH: 281.517 cópias/mL (log 5.45), *ratio* CD4+/CD8+: 0.1 (CD4+: 83cel/μL; CD8+: 854cel/μL). Na Endoscopia Digestiva Alta objetivou-se mucosa esofágica recoberta de placas brancas, compatíveis com candidíase esofágica; em D2 e D3, observaram-se 4 lesões polipóides sésseis, infiltrativas e vermelhas, de 2-5cm. No exame proctológico identificou-se uma

lesão perianal violácea, com cerca de 15mm, sugestiva de lesão de Kaposi. Na Colonoscopia Total, no reto distal, observaram-se múltiplas lesões maculopapulares planas e polipóides nodulares, avermelhadas e confluentes, de 8-15mm. A histologia das lesões endoscópicas foi compatível com Sarcoma de Kaposi (CD34+ e HHV8+). Em reavaliação endoscópica, 9 meses após ter iniciado quimioterapia sistémica com doxorubicina lipossomal combinada com TARV, verificou-se regressão completa das lesões do trato gastrointestinal.

Relevância: O envolvimento gastrointestinal é frequentemente assintomático, com achados endoscópicos variados e pouco caracterizados na literatura. Este caso clínico reforça a importância do estudo endoscópico como ferramenta diagnóstica do envolvimento visceral, sendo este aspeto fundamental na tomada de decisão terapêutica.

(18712) - NECROSE ISOLADA DO CEGO – UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA COMUM E UM DIAGNÓSTICO RARO

Carvalho T¹, Mendes S¹, Gonçalves M¹, Guimarães A¹,
Pereira J¹, Fernandes D¹, Gonçalves R¹

1 - Hospital de Braga

Introdução: A necrose isolada do cego é uma variante rara da colite isquémica, mais observada em doentes idosos e com múltiplas comorbilidades. É uma causa pouco comum de abdómen agudo e é um diagnóstico diferencial a considerar em doentes com dor abdominal no quadrante inferior direito.

Objetivo: Os autores pretendem descrever um caso de um diagnóstico raro, num doente com uma apresentação clínica muito comum. Além disso, têm também como objetivo descrever o tratamento instituído e a evolução clínica, que está são pouco descritos na literatura.

Resumo do caso: Homem de 51 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 e doença renal crónica terminal, em programa regular de hemodiálise, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal no quadrante inferior direito e diarreia sem sangue, com 12 horas de evolução. Ao exame físico, apresentava abdómen doloroso à palpação dos quadrantes direitos. Analiticamente com leucocitose 12200/ul e proteína C reativa de 190

mg/L. A tomografia computadorizada (TC) abdominal mostrou um espessamento parietal difuso do cólon ascendente com cerca 10 cm de extensão associado a densificação da gordura mesentérica envolvente e pequenos gânglios locorreionais, a favorecer hipótese de patologia inflamatória. Dada a dúvida diagnóstica levantada pelo exame de imagem e o seu impacto na terapêutica a instituir, decidiu-se realizar colonoscopia, que revelou mucosa do cego e válvula ileocecal congestiva de coloração negra, com ulceração superficial do limite proximal com transição abrupta para mucosa cólica normal. Foram realizadas biópsias do cego e a histologia confirmou o diagnóstico de colite isquémica grave (necrose). Considerando que a TC não revelava complicações e o risco cirúrgico do doente, decidiu-se terapêutica conservadora, com fluidoterapia e antibioterapia, e o doente apresentou uma evolução favorável.

Relevância: Com este caso clínico, os autores pretendem alertar para esta condição clínica pouco comum, principalmente, porque o seu diagnóstico pré-operatório é difícil. A clínica e as comorbilidades do doente podem sugerir colite isquémica, contudo os achados imagiológicos, na fase não complicada, são inespecíficos, o que pode atrasar o diagnóstico. A realização de colonoscopia na suspeita de necrose isolada do cego é controversa, dado o risco aumentado de perfuração, contudo se persistir a dúvida diagnóstica, é o único método de comprovar o diagnóstico, além da cirurgia. O tratamento *standard* é cirúrgico e são muito raros os casos descritos de tratamento conservador com boa evolução clínica, como ocorreu neste doente, podendo este ser uma possibilidade em doentes com alto risco cirúrgico.

(18713) - O IMPACTO DA ADESÃO AO PROTOCOLO ERAS NOS RESULTADOS DA CIRURGIA COLO-RETAL

Melo Pinto D¹, Marques T M¹, Gonçalves J P¹, Guerreiro E¹,
Morais M¹

1 - Unidade Local de Saude de Matosinhos

Introdução: O protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) existe desde 2015 com o objetivo de, otimizando as medidas peri-operatórias, permitir uma diminuição do tempo de internamento e custos associados aos cuidados de saúde sem provocar aumento da morbilidade associa-

da. No entanto, a adesão a todos as componentes deste protocolo nem sempre é cumprida em todos os doentes.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão de uma equipa de Cirurgia Colorretal após implementação do protocolo ERAS e o impacto dessa adesão no percurso do doente.

Material e métodos: Foram colhidos, retrospectivamente, dados relativos aos doentes submetidos a cirurgia colorretal durante o período compreendido entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2018. Foram excluídos os doentes intervencionados em regime de urgência e os que realizaram mais do que uma intervenção no mesmo tempo cirúrgico. As componentes avaliadas do protocolo ERAS foram o controlo multimodal da dor e náuseas, o uso judicioso de fluidos, avaliação pré-operatória, a dieta, a profilaxia tromboembólica, a preparação mecânica, o uso de laparoscopia, a utilização regrada de sondas/drenos, controlo de hipertermia e mobilização e início de dieta precoces. Foi assumida como uma boa adesão ao protocolo o cumprimento de > 70% dos seus componentes. Compararam-se os doentes com boa e má adesão ao protocolo em relação ao tempo de internamento, dor pós-operatória, morbilidade, readmissões ou reintervenções.

Resultados: No estudo, foram incluídos um total de 321 doentes, dos quais 160 (69.3%) cumpriram > 70% das recomendações do protocolo ERAS. Não houve diferenças entre as características dos doentes, da patologia ou da cirurgia nos dois grupos. A adesão ao protocolo foi maior nos doentes operados ao cólon (69.8% vs 64.0% reto; $p=0.02$) e nos doentes em que não foi confeccionado estoma (69.9% vs. 60.1%; $p<0.001$).

As componentes com piores taxas de adesão foram a evicção de sondas ou drenos (apenas 38.5%) e o uso de analgesia por epidural/bloqueio local (29.7%).

Os doentes com adesão > 70% ao protocolo ERAS tiveram um tempo de internamento inferior (8 (1-65) vs 10 (5-99), $p<0.001$) sem aumento na taxa de morbilidade (dor ao 1º, 2º e 3º dias, septicemia, peritonite, abscesso, hemorragia ou infeção da ferida operatória), readmissão ou reoperação aos 30 dias. As principais medidas com impacto significativamente estatístico na redução do tempo de internamento foram a preparação mecânica

com antibioterapia oral profilática, a laparoscopia, a mobilização precoce do doente, a suspensão precoce da fluidoterapia e a utilização regrada de drenos/sondas.

Discussão/conclusão: Com a difusão do protocolo ERAS e com o assegurar do seu cumprimento podemos ultrapassar alguns preconceitos na abordagem peri-operatória do doente, promovendo uma diminuição do tempo de internamento sem comprometer a recuperação do doente ou aumentar a taxa de morbilidade. No entanto, o nosso estudo também demonstra que é necessário um esforço adicional de sensibilização para que a adesão a várias destas medidas seja cumprida.

(18716) - RETALHO DE AVANÇO TIPO "HOUSE FLAP" – UMA MAIS-VALIA

Rodrigues C¹, Magno L², Silva C², Frutuoso L², Matos M L², Costa J², Nora M²

1 - Hospital da Horta;

2 - CHEDV

Introdução: A anoplastia com retalho de avanço cutâneo pode ser utilizada no tratamento de várias doenças anorretais. O retalho de avanço tipo "house flap", cuja designação traduz a sua forma, tem alcançado excelentes resultados. Como principal indicação destaca-se o tratamento da estenose anal grave. No entanto, este tem-se mostrado uma mais-valia na cobertura de defeitos secundários à exérese de lesões pré-malignas/malignas do canal anal e períneo.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, submetido a exérese de uma lesão do canal anal sugestiva de se tratar de um condiloma, com diagnóstico incidental de carcinoma de células escamosas verrucoso, com margens insuficientes. Neste contexto, foi submetido a alargamento de margens com encerramento do defeito com um retalho de avanço tipo "house flap". Registou-se cicatrização do local cirúrgico às 2 semanas de pós-operatório, sem complicações neste período, com excelente resultado estético e funcional.

Conclusão: O retalho de avanço tipo "house flap" é simples e fácil de executar. Pode ser utilizado em várias doenças anorretais com excelentes resultados e poucas complicações, pelo que deverá constar no armamentário de todos os coloproctologistas.

(18718) - COLONIC PSEUDOLIPOMATOSIS: A MISLEADING DIAGNOSIS

Archer S¹, Falcão D¹, Pedroto I¹, Magalhães R K¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Colonic pseudolipomatosis (CP) can pose a diagnostic challenge due to its rare incidence and multiple presentations. Its etiology and pathogenesis have not been completely clarified. It can be related to mucosal iatrogenic injury caused during endoscopic examination or to chemical injury caused by residual disinfectants on the scope.

This case aims to raise awareness about this rare condition to highlight its interest as a differential diagnosis of a colonic lesion.

We present a case of a 51-year old woman referred to our department for evaluation of a suspected subepithelial cecal lesion. Her medical history was unremarkable. She had a family history of colorectal cancer in a first-degree relative diagnosed at age 50. The patient reported a previous colonoscopy with no alterations.

An abdominal computed tomography had been performed showing a focal area of parietal thickening of the cecum at the origin of the ileocecal appendix. An endoscopic ultrasound had revealed mucosal layer-dependent lesion, with preserved interfaces with the submucosa and muscularis propria layers. No loco-regional peri-cecal adenopathies had been identified.

On endoscopic evaluation a 15mm laterally spreading tumor granular lesion, Paris 0-IIa, NICE type 1, was identified in the cecum with involvement of half of the appendicular orifice. Submucosal elevation was suboptimal. Endoscopic underwater mucosal resection was performed including the use of cold snare in the periappendicular area

Histopathological examination showed colonic mucosa with optically empty vacuoles in the submucosal layer and lamina propria in the absence of dysplasia, suggestive of CP.

The diagnosis of CP can be misleading and onerous. At histologic analysis, pseudolipomatosis consists of variable-sized optically empty spaces resembling adipocytes embedded in the lamina propria. The exact incidence of

this lesion is difficult to assess because of its rarity and its diagnosis is often overlooked by pathologists and endoscopists. Conservative management is adequate since these lesions have no malignant potential and may regress spontaneously over time.

(18722) - PRÓTESES METÁLICAS AUTOEXPANSÍVEIS COLORRETAIS NA OCLUSÃO MALIGNA – EFICÁCIA E SEGURANÇA

Ferreira F B¹, Rafael M A¹, Lourenço L C¹, Oliveira A M¹, Carvalho R¹, Horta D¹

1 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução: A colocação de próteses metálicas autoexpansíveis (PMAE) permite resolver a oclusão intestinal por neoplasia maligna, evitando a cirurgia descompressiva urgente.

Objetivo: O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia, as complicações e a sobrevida dos doentes submetidos a colocação de PMAE para resolução de oclusão intestinal maligna, bem como a percentagem de anastomose primária nos doentes em que a colocação foi como “ponte para cirurgia” (PPC).

Material e métodos: Foi realizado um estudo unicêntrico retrospectivo que analisou os resultados da colocação de PMAE colorretais entre 2017 e 2021.

Resultados: Foram incluídos um total de 48 doentes submetidos a colocação de PMAE colorretal. O intuito foi paliativo em 58% dos doentes e de PPC em 42%. A origem da neoplasia era colorretal na maioria dos doentes (90%), ovárica em 8% e por carcinomatose peritoneal de neoplasia gástrica em 2%. Foram colocadas um total de 53 PMAE colorretais, com elevado sucesso técnico (96%) e clínico (95%). A localização mais frequente foi distal ao ângulo esplénico (90%), seguida do cólon transversal (13%) e ascendente (2%). O *follow-up* mediano foi 10 meses (amplitude interquartil 1,5-19,5 meses). Verificaram-se 6% de complicações: perfuração (4%) e migração (2%). A obstrução por crescimento tumoral (em 14% dos doentes paliativos, com intervalo mediano de 5 meses) foi resolvida maioritariamente através da colocação de PMAE adicional. No grupo paliativo, a sobrevida foi 89% a 1 mês, 46% a 1 ano e 43% a 3 anos. No grupo PPC, o intervalo mediano entre a PMAE e a cirurgia foi 10 dias (amplitude interquartil 7-17,5 dias), com uma percentagem de anastomose primária de 65%. Neste grupo, a sobrevida foi 100% a 1 mês, 80% a 1

ano e 70% a 3 anos.

Discussão/Conclusões: Estes resultados reforçam que a colocação de PMAE no tratamento da oclusão intestinal de causa maligna, tanto com intuito paliativo como enquanto PPC, é um procedimento eficaz e seguro, com número reduzido de complicações.

(18723) - UM PÓLIPO CÓLICO INCOMUM

Guimarães A¹, Gonçalves M¹, Carvalho T¹, Pereira J¹, Silva J S¹, Gonçalves B¹, Rodrigues A¹, Gonçalves R¹

1 - Hospital de Braga

Introdução/Objetivo: Os Schwannomas originam-se nas células de Schwann do sistema nervoso periférico e são geralmente tumores benignos e indolentes. Raramente se desenvolvem no trato gastrointestinal, sendo o estômago a localização mais frequente (60-70%). Os autores pretendem descrever um caso de um Schwannoma localizado no cólon transversos.

Resumo do caso: Descrevemos o caso de um homem de 50 anos que foi referenciado à consulta de Gastroenterologia após ter realizado uma colonoscopia de rastreio que mostrou uma lesão de 25 mm descrita como exofítica, com uma área de depressão central, no cólon transversos. O exame histológico das biópsias da lesão demonstrou displasia de baixo grau. O doente foi submetido a nova colonoscopia sendo identificada uma lesão plana com depressão central, que não foi possível elevar após injeção da submucosa pelo que não foi realizada ressecção endoscópica. Foram obtidas novamente biópsias que desta vez não demonstraram displasia. Para melhor esclarecimento, realizou tomografia axial computadorizada (TC) abdomino-pélvica que demonstrou um espessamento endoluminal, focal, de aproximadamente 2 cm, no cólon transversos, sem densificação da gordura adjacente ou adenopatias regionais. Atendendo às características da lesão e impossibilidade de ressecção endoscópica, o doente foi submetido a uma colectomia segmentar. A análise histológica da peça cirúrgica demonstrou proliferação uniforme de células fusiformes, sem atipia, e o estudo imunohistoquímico mostrou expressão difusa da proteína S100 e ausência de expressão de EMA e CD117, compatível com Schwannoma

cólico. Seis meses após ter sido submetido a cirurgia, foi realizada colonoscopia de reavaliação, sem evidência de recidiva local.

Relevância: Os Schwannomas cólicos são extremamente raros, com apenas alguns casos descritos na literatura. Geralmente são detetados em colonoscopias de rastreio, como tumores da submucosa e as biópsias são habitualmente não diagnósticas. O tratamento consiste na ressecção radical com margens livres, devido à tendência para recidiva local ou possibilidade de transformação maligna se não tratados adequadamente.

(18724) - THE LAPAROSCOPIC LATERAL-TO-MEDIAL COUNTERCLOCKWISE MOBILIZATION TO THE SPLENIC FLEXURE OF THE COLON.

Sousa A¹, Sousa P¹, Pereira A¹, Marques I¹, Antunes A¹, Gonçalves E¹, Gonçalves N¹, Rodrigues J¹, Pinho J P¹, Santos P², Azevedo C³, Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital de Torres Vedras (Centro Hospitalar do Oeste);

3 - Centro Hospitalar Cova da Beira

Background and purpose: The aim of this video is to demonstrate a laparoscopic lateral-to-medial counterclockwise mobilization to the splenic flexure of the colon.

Material and methods: Female patient, 75 years old, with a medical history of hypertension and dyslipidemia and surgical history of hysterectomy. Screening colonoscopy was performed where a sigmoid polyp was observed, which could not be removed endoscopically. Biopsies were performed and the histology revealed an adenoma with high-grade dysplasia, not being able to exclude invasion. The patient underwent laparoscopic left colectomy. Four ports were used in this procedure: 10 mm in the umbilicus for the camera, 12 mm port in the right lower quadrant, 5 mm port in right hypochondrium for the surgeon and a 5 mm port in left hypochondrium.

Results: The surgery was uneventful, the operative time was 122 minutes and there was an estimated blood loss of 90 ml. The patient was discharge on the third post-operative day without complications.

Conclusion(s): The laparoscopic lateral-to-medial counterclockwise mobilization to the splenic flexure of the colon is safe and feasible with excellent results. This

video demonstrates the splenic flexure mobilization and the ligation of the left inferior mesenteric vein during laparoscopic colorectal surgery, that is essential for making a secure tension-free anastomosis.

Keywords: laparoscopic, lateral-to-medial approach, left colectomy, tension-free anastomosis

(18725) - ADENOCARCINOMA DO ÍLEO TERMINAL COMO COMPLICAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN COM COMPORTAMENTO ESTENOSANTE – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Andrade R¹, Almeida A¹, Manso A¹, Rosete M¹, Tralhão J G¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O adenocarcinoma do intestino delgado (AID) é uma entidade rara e na sua maioria ocorre esporadicamente. Outros casos estão associados a síndromes genéticas, incluindo polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch ou síndrome de Peutz-Jehgers, ou doenças inflamatórias crónicas, como a Doença de Crohn (DC). Os doentes com DC têm maior risco de desenvolver AID quando comparados com a população em geral e esta suscetibilidade deve-se à fisiopatologia da DC pela displasia secundária à inflamação da mucosa intestinal. A apresentação clínica mais comum do AID é sob a forma de oclusão intestinal. Os sintomas oclusivos são muito semelhantes aos que surgem em exacerbações da DC, o que dificulta o diagnóstico diferencial, pelo que deve existir um elevado índice de suspeição.

Objetivo: Pretendemos apresentar um caso clínico sobre um doente com DC ileal estenosante submetido a ressecção ileocecal laparoscópica por quadro oclusivo e cujo exame anatomopatológico da peça operatória revelou um adenocarcinoma do ileo terminal.

Resumo do caso: Apresenta-se um doente do sexo masculino de 68 anos, com história pessoal de DC ileal estenosante desde os 30 anos, medicado com Azatioprina 100mg/dia e sem antecedentes cirúrgicos. Recorre ao Serviço de Urgência do hospital da área de residência por vômitos e dor abdominal difusa, tendo sido internado com diagnóstico de oclusão intestinal em contexto de agudização da DC, para tratamento conservador. Por ausência de melhoria do quadro clínico e após discussão em equipa multidisciplinar de doença inflamatória

intestinal, foi transferido para a nossa instituição. A Tomografia Computorizada Abdomino-Pélvica mostrou marcada distensão de todo o íleo, identificando-se o ponto de transição ao nível da fossa ilíaca direita, na topografia de segmento com espessamento parietal circunferencial com 7cm de extensão, referindo ainda zona de espessamento circunferencial do íleo terminal de 5 cm de extensão e estreita proximidade entre os segmentos, não se excluindo a existência de fístula. Analiticamente sem alterações de relevo à exceção de ligeira anemia. Após otimização do estado nutricional, foi submetido a intervenção cirúrgica com identificação intra-operatória de plastron com íleo aderente ao cego, tendo sido realizada ressecção ileocecal laparoscópica. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências. O resultado histológico da peça operatória revelou adenocarcinoma mucinoso do íleo terminal, de baixo grau, com 4 cm, que se estende à válvula íleocecal, com invasão da serosa, perfuração e infiltração linfovascular. O estudo da peça revelou ainda baixa probabilidade de instabilidade de microssatélites do tumor. Iniciou quimioterapia adjuvante, realizando 12 ciclos de FOLFOX, com boa tolerância. Atualmente mantém vigilância no Serviço de Cirurgia Geral, Gastrenterologia e de Oncologia Médica.

Relevância: A prevalência de doentes com DC e AID varia entre 1,6 a 9%, podendo, no entanto, estar subestimada, devido aos poucos casos reportados na literatura. O presente caso pretende realçar a dificuldade do diagnóstico diferencial entre estenose no contexto de DC e estenose neoplásica e a importância de considerar sempre o risco de AID e DC concomitantes. O AID pela sua raridade e pela sutileza diagnóstica inerente, tornam necessário um certo nível de suspeição, tendo em conta a dificuldade clínica de distingui-lo da própria DC.

(18726) - REMISSÃO COMPLETA APÓS QUIMIOTERAPIA DE CANCRO COLORRETAL METASTIZADO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andrade R¹, Almeida A¹, Manso A¹, Rosete M¹, Tralhão J G¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro colorretal (CCR) é o terceiro tipo de cancro mais frequente mundialmente e a segunda causa

de morte relacionada com o cancro, com uma taxa de sobrevivência aos 5 anos de 14% no CCR metastizado. A abordagem de doentes com CCR metastizado tem evoluído nos últimos anos, com a média de sobrevivência destes doentes a aumentar, algo que pode ser explicado pela introdução de novos esquemas terapêuticos bem como, pelo desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar desde o início da doença.

Objetivo: Pretendemos apresentar um caso clínico sobre um doente com adenocarcinoma do reto e metastização hepática síncrona em remissão completa após terapêutica sistémica.

Resumo do Caso: Apresenta-se um doente do sexo masculino, de 62 anos, previamente saudável, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo, com queixas de retorragias. Realizou colonoscopia total em ambulatório que evidenciou lesão ulcero-vegetante hemi-cirunferencial a 4 cm da margem anal. A histologia revelou um adenocarcinoma invasor de baixo grau do reto com baixa probabilidade de instabilidade de microssatélites e sem existência de mutações RAS ou BRAF. A Ressonância Magnética (RMN) Pélvica mostrou não haver extensão à gordura mesorectal mensurável, fásia mesorectal livre e existência de 3 adenopatias a nível da gordura mesorectal e espaço pré-sagrado. A Tomografia Computorizada Toraco-Abdomino-Pélvica e a RMN Hepática identificaram 5 lesões no fígado, compatíveis com metástases hepáticas síncronas. Após discussão em reunião multidisciplinar, foi estadiado como cT3a N+ M1 e proposto para quimioterapia (QT) de conversão, tendo realizado 6 ciclos de Folfox + Cetuximab. Posteriormente foi submetido a metastasectomia hepática de S2/3, S3, S6, S8/4a e S4a, que decorreu sem intercorrências. O estudo anatomopatológico da peça não mostrou tumor residual viável - TRG 1 de Rubbia-Brandt. Foi realizada rectoscopia e RMN Pélvica, após QT adjuvante (10 ciclos de Gramont + Cetuximab), sem evidência de lesão rectal. De forma a evitar cirurgia radical, optou-se pela excisão transmural de cicatriz retal por TAMIS (*transanal minimally invasive surgery*) que comprovou não haver tumor residual, compatível com regressão completa. Atualmente mantém vigilância no Serviço de Cirurgia Geral e de Oncologia Médica.

Relevância: O CCR metastizado pode entrar em remissão completa com os atuais esquemas de terapêuticas sistémicas. No que diz respeito à abordagem desta doença, é de salientar a importância da tomada de decisão em reunião de equipa multidisciplinar que resultam na melhoria da média de sobrevivência e no aumento de grupos de doentes que podem ser abordados com intenção curativa. Nos casos de remissão completa em que se opta por não cirurgia, é mandatória uma vigilância clínica e imagiológica muito apertada.

(18727) - LAPSTAR (LAPAROSCOPIC SIMULTANEOUS TREATMENT OF APICAL PROLAPSE AND RECTOCELE)

Antunes A¹, Cavadas A S¹, Pereira A S¹, Marques I¹, Gonçalves E¹, Goncalves N¹, Rodrigues J¹, Santos P², Sousa A S¹, Pinto J¹, Sousa P¹, Pereira J C¹

¹ - Hospital de Braga;

² - Hospital de Torres Vedras

Background and purpose: The aim of this video is to demonstrate the LAPSTAR (Laparoscopic Simultaneous Treatment of Apical Prolapse and Rectocele) procedure.

Material and methods: Female patient, 79 year old with a medical history of acute myocardial infarction, diabetes mellitus type 2 and dyslipidemia. The patient reported defecatory obstruction as the main complaint. The magnetic resonance showed a tricompartamental prolapse. The patient underwent LAPSTAR procedure. After positioning the patient, four ports were used in this procedure: two 10 millimeters ports in infraumbilical and right iliac region and two 5 mm ports in suprapubic and left iliac region.

Results: The surgery was uneventful and the operative time was 1 hour and 5 minutes. This procedure was performed in a one-day surgery setting without complications.

Conclusion: Obstructed Defecation Syndrome is a complex entity concerning mainly females and causing primarily constipation. Surgical treatment in the form of LAPSTAR procedure has been performed at our institution and is safe and feasible with good results.

(18728) - RESSECÇÃO ILEOCÓLICA LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Andrade R¹, Almeida A¹, Guimarães A¹, Manso A¹, Rosete M¹, Tralhão J G¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória crónica do trato digestivo que cursa frequentemente com complicações e necessidade de intervenção cirúrgica. O local mais frequentemente envolvido é o íleon terminal com ou sem envolvimento cecal. As complicações associadas à doença ileocecal traduzem-se em sintomatologia com impacto substancial na qualidade de vida dos doentes. A ressecção ileocecal (RIC) é o tratamento indicado na doença fibroestenose ileocecal e pode oferecer excelentes resultados. Estudos demonstram que a cirurgia precoce tem benefícios face à terapêutica biológica e a cirurgia minimamente invasiva é o Gold Standard na DC. Após a realização de RIC a recidiva na anastomose é frequente com necessidade de novas cirurgias.

Objetivo: Avaliar os resultados da RIC laparoscópica e das cirurgias por recidiva após RIC na DC na nossa instituição nos últimos 5 anos.

Materiais/Métodos: Estudo observacional retrospectivo, com inclusão de 75 doentes, submetidos a RIC laparoscópica por DC complicada ou a Ressecção da anastomose ileocólica por recidiva da doença, num período de 5 anos, entre janeiro de 2018 e Junho de 2022. Foi analisada a demografia, tempo operatório, taxas de mortalidade, taxas de complicações imediatas e resultado clínico.

Resultados: A análise estatística incluiu 75 doentes, com uma idade média de 37 anos. 8 doentes foram submetidos a Ressecção laparoscópica da anastomose ileocólica por recidiva da doença. O tempo operatório médio foi 132 min, com um internamento médio de 5,8 dias. Não se verificou mortalidade aos 90 dias. Houve 19% de complicações aos 90 dias, com 6% de re-intervenções, e 1,3% de fistulas anastomóticas. Foram realizadas 46 anastomoses intra-corpóreas, não se verificando um aumento da morbilidade nem um aumento significativo do tempo operatório. A terapêutica cirúrgica relacionou-se com o aumento da qualidade de vida subjetiva dos doentes

Discussão/Conclusão: A ressecção ileocecal está recomendada na DC ileocecal complicada e a técnica laparoscópica proporciona resultados clínicos mais favoráveis. A abordagem laparoscópica pode ser usada nas re-intervenções com segurança. A terapêutica cirúrgica está associada à satisfação subjetiva dos doentes e à melhoria da qualidade de vida relacionada com a doença.

(18730) - SARCOPENIA E MIOESTEATOSE COMO FATORES DE PROGNÓSTICO NO CANCRO COLORETAL – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Andrade R¹, Costa M¹, Duque M¹, Lopes C¹, Ruivo A¹, Rosete M¹, Costa B¹, Curvo-Semedo L¹, Tralhão J G¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro colorretal (CCR) é o terceiro tipo de cancro mais frequente mundialmente e a segunda causa de morte relacionada com o cancro. A sarcopenia, definida como perda de massa muscular, e a mioesteatose, que se traduz pela infiltração do tecido muscular por gordura, são muito prevalentes em CCR. Estas alterações podem estar presentes antes da perda ponderal significativa e parecem relacionar-se com os resultados pós-operatórios, a mortalidade e sobrevida global dos doentes.

Objetivo: Avaliar a incidência da sarcopenia e mioesteatose e determinar o impacto da composição corporal nos resultados cirúrgicos e oncológicos após intervenção cirúrgica nos doentes com CCR esporádico e não metastizado.

Materiais/Métodos: Estudo observacional retrospectivo, com inclusão de 111 doentes submetidos a intervenção cirúrgica eletiva por CCR estágio I-III na nossa instituição, de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2019. A presença de sarcopenia e mioesteatose foi avaliada nas imagens de Tomografia Computorizada realizadas no pré-operatório, através do cálculo do índice muscular paraespinal (IMP) e atenuação muscular (AM) ao nível vertebral L3. Determinou-se a incidência de sarcopenia e mioesteatose e o impacto da IMP e radiodensidade muscular nos resultados pós-operatórios e na sobrevida global dos doentes.

Resultados: Foram incluídos 111 doentes (idade média

= 70 anos), 57% mostraram evidência imagológica de mioesteatose e 72% de sarcopenia. Um baixo índice de IMP e AM foram mais frequentes no sexo feminino. Doentes com maior Índice de Massa Corporal (IMC), com ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) status ≥ 2 e três ou mais comorbidades apresentaram maior AM. Doentes com menor IMP apresentaram complicações mais graves e maior mortalidade.

Conclusão: A nossa população apresentou alta incidência de mioesteatose e sarcopenia, o que pode ser explicado pela alta proporção de doentes idosos e com múltiplas comorbidades. Uma menor massa muscular e atenuação foram associadas a maior mortalidade e complicações pós-operatórias mais graves nos doentes com CCR esporádico e não metastizado. É necessária mais investigação para compreender os potenciais terapêuticos desses resultados.

(18733) - ADENOCARCINOMA DO ÂNGULO HEPÁTICO SÍNCRONO COM NEUROENDOCRINO DO APÊNDICE – CASO RARO DE TUMORES SÍNCRONOS DO COLON DIREITO

Silva S D¹, Pimentel A¹, Moreira A¹, Lira D¹, Costa M¹, Reigota M¹, Francisco V¹, Sousa J¹, Noronha J¹

1 - CHBV- hospital de Aveiro

Introdução: Os tumores primários síncronos são definidos por dois ou mais tumores histologicamente diferentes, encontrados no mesmo doente na mesma altura ou num período distinto de 6 meses. O cancro colorectal é dos mais comuns no mundo e o segundo mais frequente em Portugal (em ambos os géneros). A coexistência de um tumor neuroendócrino do apêndice e de um adenocarcinoma colorectal é rara. A patogenia de associação entre ambos é ainda desconhecida.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico raro.

Resumo do caso: Mulher, 76anos. Recorreu ao seu médico assistente por quadro de anorexia e perda ponderal significativa nos últimos meses. Do estudo analítico salienta-se uma anemia normocítica, normocrómica. Marcadores tumorais com discreta elevação do CA 19.9; CEA normal. Realizou colonoscopia (até ao cego) que evidenciou: “neoplasia ulcerada localizada ao ângulo hepático ocupando dois terços da circunferência e não

obstrutiva”; biópsias: adenocarcinoma. Endoscopia digestiva alta normal. TC-TAP sem evidencia de lesões à distância. Assim, proposta para tratamento cirúrgico: Hemicolecotomia Direita. Cirurgia e internamento sem intercorrências (alta ao 6º dia pós-operatório). Anatomia patológica da peça operatória: 1- adenocarcinoma invasivo, pouco diferenciado do ângulo hepático; invasões linfovasculares e perineurais; 2/19 gânglios metastizados; margens cirúrgicas livres; expressão para MLH1 e PMS2; pT3 pN1b G3 LVI2 PNI R0. 2- Tumor neuroendócrino bem diferenciado/G1 do apêndice ileocecal, com 9mm de maior eixo e que infiltra até a subserosa; há invasões perineurais; sem invasões linfovasculares (pT3 pN0 G1 LVI0 PNI R0). Discutido caso em reunião multidisciplinar, proposta terapêutica adjuvante (esquema De Gramont) direcionada ao adenocarcinoma, proposta vigilância do carcinoma neuroendócrino do apêndice.

Relevância: Discussão do tema de tumores síncronos colorectais; relação histológica e genética da relação de tumores neuroendócrinos digestivos e adenocarcinomas do colon. Importância do estudo pré e pós-operatório dos doentes com tumores síncronos. Aumento da incidência dos tumores neuroendócrinos. Raridade da sincronização deste tipo de tumores.

(18738) - APPENDICEAL MUCINOUS NEOPLASM – APPROACH IN AN ACUTE SETTING

Robalo C¹, Silva J O², Branco C^{1,3}, Silva A C¹, Silva D S^{1,3}, Santos M D^{1,3}, Davide J^{1,3}

1 - Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil;

3 - School of Medicine and Biomedical Sciences (ICBAS), Universidade do Porto

Introdução: Appendiceal mucinous neoplasms comprise a heterogeneous group of lesions with a broad spectrum of clinical behavior. The most recent classification categorizes them into serrated polyp (with or without dysplasia), low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN), high-grade appendiceal mucinous neoplasm (HAMN), mucinous adenocarcinoma with or without signet ring cells and mucinous signet ring cell carcinoma. They are identified in <0.3% of appendectomy specimens; most are diagnosed between 50 and 60 years old. The most frequent clinical presentation is

acute abdominal pain in the right lower quadrant (RLQ), mimicking acute appendicitis. However, they can be incidentally found or present with complications such as intestinal obstruction, hemorrhage or spontaneous perforation, and peritoneal dissemination.

Goal: The authors aim to demonstrate a method of approaching an appendiceal mucinous neoplasm with an acute presentation and highlight clinical challenges that may arise in the management of a rarely seen entity.

Summary: 56-year-old male patient with a medical history of type 1 Brugada Syndrome and implantation of a cardioverter defibrillator. Presented in the emergency department with complaints of constant RLQ abdominal pain for four days. Laboratory analysis showed raised inflammatory parameters with leukocytosis of 13900/ μ L and C-Reactive Protein of 96 mg/L. Abdominal ultrasound raised suspicion for appendiceal mucinous neoplasm. Contrast-enhanced abdominopelvic Computed Tomography (CT) scan showed a dilated appendix with endoluminal fluid content and parietal calcifications. Furthermore, the cecum and initial portion of the appendix presented parietal thickening and enhancement. These aspects emphasized the suspicion of appendiceal mucocoele with associated infection. Surgery was proposed, and an open approach was preferred due to the risk of rupture with peritoneal seeding. Intra-operatively, a dilated appendix with about 12 cm of largest diameter was identified, and no peritoneal mucin deposition was seen. A right hemicolectomy with semi-mechanical ileocolic anastomosis was performed. The patient completed the antibiotic and was discharged home after seven days with no post-operative complications. Definite anatomopathological analyses identified an appendiceal segment of 11 mm with a HAMN, extensive areas of LAMN, and lesions of sub-acute appendicitis. Nineteen lymph nodes were isolated, all with reactive changes. The ileal and colic segments had no alterations. Staging according to the AJCC 8th Edition was consistent with Stage IIA (pT3, given focal infiltration of subserosa, NOMO with no detection of regional lymph nodes or distant metastasis). Following multidisciplinary discussion, the patient began follow-up, and there is no documented recurrence after six months.

Relevance: Within appendiceal mucinous neoplasms, HAMNs represent rare lesions that, like LAMNs, lack infiltrative invasion but with high-grade cytology. They are considered moderately differentiated lesions (G2), and their management may stand a significant challenge considering limited literature evidence regarding the natural history of HAMNs and the extent of resection indicated. Some studies suggest radical appendectomy may be sufficient if negative margins are ensured—nonetheless, most point to an approach similar to adenocarcinoma with the need for an oncologic right hemicolectomy.

(18740) - ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND CAPSULE ENDOSCOPY: AUTOMATIC CLASSIFICATION OF SMALL BOWEL AND COLON PREPARATION USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK

Cardoso P¹, Saraiva M M¹, Afonso J¹, Ribeiro T¹, Mendes F¹, Martins M¹, Cardoso H¹, Andrade P¹, Ferreira J P S², Macedo G¹

1 - Centro Hospitalar São João;

2 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introduction: Capsule endoscopy (CE) allows minimally invasive inspection of the small bowel as well as the colonic mucosa (with *PillCam*TM Crohn's Capsule), providing a panenteric assessment of the GI tract. An adequate bowel preparation is crucial for a conclusive CE exam and thus, the quality of bowel preparation is mandatory in CE reports. Different scales have been applied for the evaluation of bowel preparation in CE videos, however their application is time-consuming and have a high interobserver variability. To date, no AI-based model has been developed for automatic evaluation of small bowel and colon preparation in CE exams.

Aim: We aimed to develop a Convolutional Neural Network (CNN) based model for automatic classification of bowel preparation in CE exams.

Methods: We developed, trained, and validated a CNN based on CE images. Each frame was labelled after a consensus of three experts in CE according to the quality of bowel preparation: excellent – $\geq 90\%$ of visible mucosa; satisfactory – 50 to 90% of visible mucosa; unsatisfactory – $< 50\%$ of visible mucosa. A training dataset was used for

development of the model and the performance of the network was evaluated using an independent dataset. The CNN's output was compared to the classification provided by the experts. The performance of the CNN was measured by the area under the curve (AUC), accuracy, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values (PPV and NPV, respectively).

Results: For the small bowel analysis, a total of 5070 CE images were included: 1570 labelled as excellent bowel preparation; 2150 with satisfactory bowel preparation and 1350 with unsatisfactory bowel preparation. The model had an overall accuracy of 94.3%, a sensitivity of 93.6%, a specificity of 93.1%, a PPV of 92.6% and NPV of 95.7% for differentiation of classes of small bowel preparation. For the partial analysis of the colonic mucosa, a total of 59 CE exams were considered, with a total of 5774 frames used to develop the CNN. The model had an overall accuracy of 95.8%, a sensitivity of 92.7% and a specificity of 97.3% for differentiation of classes of colon preparation.

Discussion: We developed a CNN-based model for automatic classification of bowel preparation of both small bowel and colon mucosa based on a simple quantitative scale. The development of AI systems for automatic assessment of bowel preparation in CE may improve the reliability and reproducibility of bowel preparation scales.

(18743) - COLECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA CECO-RETAL

Freitas A¹, Quintanilha R², Faustino A¹, Martins A B¹, Acosta D¹, Leite M I¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada;

2 - Hospital do Espírito Santo em Ponta Delgada

Introdução/Objetivo: Desde a sua introdução em 1908, a colectomia total com anastomose ileo-retal (CT-AIR) tornou-se o procedimento mais adotado no tratamento cirúrgico da obstipação de trânsito lento. No entanto, devido ao aumento da incidência de incontinência fecal pós-operatória, oclusão intestinal, diarreia e dor abdominal e consequente diminuição na qualidade de vida pós-operatória dos doentes, *Leopoldo Sarli* desenvolveu a colectomia subtotal com anastomose antiperistáltica ceco-retal (CST-ACR).

Material e métodos: Exposição da técnica cirúrgica laparoscópica (CST-ACR) e comparação dos resultados com a CT-AIR, com base na literatura.

Resultados: A técnica cirúrgica e sequência de mobilização na CST-ACR são idênticas à CT-AIR à exceção da preservação do pedículo ileocólico e os ramos para o cego; secção do cólon ascendente 5-7cm acima da válvula ileocecal; apendicectomia e ceco-proctostomia antiperistáltica intracorpórea mecânica.

Discussão/Conclusão: A obstipação de trânsito lento é uma patologia da motilidade comumente encontrada pelo cirurgião coloproctológico. O tratamento primário engloba medidas conservadoras (farmacológica, ajustes dietéticos) no entanto, doentes com patologia refratária devem ser propostos para cirurgia. Das várias alternativas cirúrgicas existentes, sobressaem a CT-AIR e CST-ACR. Da apreciação da literatura existente, a técnica CST-ACR aparenta apresentar melhores resultados (resolução de dor, distensão abdominal e obstipação e menor incidência de incontinência fecal) ainda assim, são necessários mais estudos prospectivos comparativos de resultados a longo prazo para determinar superioridade de uma das técnicas

(18745) - FECALITO APRISIONADO EM ESTENOSES ESQUECIDAS: UMA REALIDADE CIRÚRGICA DIFERENTE

Vasconcelos A C¹, Archer S², Silva J A², Pedroto I², Caetano C²

1 - Instituto Português de Oncologia do Porto;

2 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A doença inflamatória intestinal é atualmente uma doença global, com incidência e prevalência crescente nos países não-ocidentalizados. Contudo, até ao final do século XX, a doença inflamatória intestinal era sobretudo um problema da Europa Ocidental, América do Norte e Oceânia. No Brasil, a incidência estimada da Doença de Crohn no período entre 1991 e 1995 era de apenas 0.68 por 100 000 pessoas-ano, subindo para 3.5 por 100 000 pessoas-ano no período entre 2001 e 2005. Comparativamente, no mesmo período, a maioria dos estudos referentes a populações ocidentais mostram uma incidência de

Doença de Crohn a variar entre 5 e 20 casos por 100 000 pessoas-ano. A diferença no volume de doentes entre países de baixa e elevada incidência poderá traduzir-se em diferenças na experiência das equipas cirúrgicas responsáveis e, consequentemente, na abordagem terapêutica destes doentes.

Objectivo: Discutir as diferenças do tratamento cirúrgico na Doença de Crohn estenosante entre países com baixa e elevada incidência e prevalência da doença.

Resumo do caso: Homem de 46 anos, natural do Brasil, a residir em Portugal desde 2019, com diagnóstico em 1998 de Doença de Crohn ileal. Já com três enterectomias segmentares ileais por estenoses, a primeira em 1998, tendo iniciado tratamento com azatioprina; em 2003, por estenose da anastomose, foi submetido a segunda enterectomia; e novamente em 2008, submetido a terceira enterectomia. Nessa altura, iniciou tratamento com adalimumab, que suspendeu em 2018 por infecção fúngica pulmonar grave. Desde a última cirurgia em 2008, com quadros suboclusivos de repetição, tratados conservadoramente. Esteve internado em Outubro de 2021 por quadro suboclusivo, sem elevação de parâmetros inflamatórios e que resolveu com pausa alimentar e posterior nutrição entérica exclusiva. Nesta altura, a entero-TC mostrou estenose de 3cm do íleo distal com dilatação a montante. Após a alta, foi realizada ileocolonosopia (em Novembro de 2021), onde se observou o cego e a válvula ileocecal preservados e sem lesões, e estenose ileal não transponível, com fecalito a montante. Feita injeção de contraste (radioscopia), objectivou-se saculação com o fecalito e estenose ainda mais cerrada a montante. Manteve nutrição entérica exclusiva e em Abril de 2022, foi submetido a ressecção ileocecal englobando as duas estenoses ileais com o fecalito, laboriosa lise de bridas e confecção de anastomose latero-lateral. Durante o procedimento, objectivou-se a presença de anastomoses ileais término-terminais, sem estenoses, a montante do segmento ressecado. O procedimento e o pós-operatório decorreram sem intercorrências.

Relevância: Com este caso clínico pretende-se dar a conhecer a existência de doentes submetidos a intervenções cirúrgicas não convencionais no tratamento

da Doença de Crohn ileal estenosante. O recurso a enterectomias segmentares com anastomose término-terminal e preservação do cego e válvula ileocecal não é uma abordagem comum no mundo ocidental, sendo importante o conhecimento desta realidade na abordagem de doentes com história cirúrgica no país de origem, ainda mais com o actual crescente fluxo migratório.

(18747) - INTESTINAL SUBOCCLUSION: THINKING OUTSIDE THE BOX

Archer S¹, Silva J A¹, Guedes T P¹, Pedroto I¹, Caetano C¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Unlike cutaneous angioedema, intestinal angioedema can pose a diagnostic challenge, as patients typically present with nonspecific acute abdominal pain. Low awareness often delays the diagnosis.

This case aims to raise awareness about this rare condition to highlight its interest as a differential diagnosis of intestinal thickening.

We present a case of a 47-year-old man with no medical history besides a two-year diagnosed arterial hypertension under angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI), Ramipril. He was admitted to the emergency room due to 2-week history of abdominal pain in the lower quadrants associated with vomiting and decreased frequency of bowel movements. No fever, weight loss, mucosal edema, or dyspnea were reported. A blood workup revealed an elevated C-reactive protein (51,17 mg/L) without other significant abnormalities. Abdominal ultrasound revealed moderate volume ascites and small bowel loops with slight concentric wall thickening and hyperechogenicity of the adjacent fat. An abdominal computed tomography scan (CT) showed a parietal thickening of a 10cm segment in the distal jejunum/proximal ileum. Diagnostic paracentesis showed a serum-ascites albumin gradient < 1.1 and no evidence of eosinophils in the ascitic fluid. The patient was further hospitalized for study, kept fasting, and stopped taking the ACEI.

He had a favorable clinical course, recovering from his symptoms in one week, maintaining sustained apyrexia, and the patient was discharged for ambulatory

follow-up. According to the initial findings, the main hypotheses were inflammatory bowel disease with a subocclusive presentation, ACEI-induced angioedema, lymphoproliferative disorders, or intestinal tuberculosis. Stool cultures were negative with a normal ileocolonoscopy and ileal biopsies with no alterations as well as a negative study for Mycobacterium tuberculosis.

After one month, a repeated abdominal CT showed the resolution of the previous imagiological findings. At the time of discharge, for further etiologic study, C1q, C1 inhibitor and C4 concentrations were ordered but were pending revealing later a C1-inhibitor deficiency, most likely acquired. Subsequent protein electrophoresis diagnosed him with an IgM monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS). There have been no new symptomatic episodes, and the patient has been taught how to take anti-fibrinolytic treatment with tranexamic acid when he anticipates symptoms. It should be noted that, unlike other types of angioedema and urticarial disorders, this condition does not respond to corticosteroids, antihistamines, and adrenaline.

Acquired angioedema due to C1-inhibitor deficiency (C1-INH-AAE) is a rare syndrome causing recurrent episodes of self-limited angioedema localized to the upper respiratory tract, gastrointestinal mucosa, and subcutaneous tissue without urticaria, occurring in those older than 40 years with no family history of angioedema. Eighty-five percent of patients with C1-INH-AAE have an underlying disease of lymphoproliferative disorders or autoimmune diseases, so a thorough and detailed etiological study must be performed.

Intestinal angioedema continues to be a diagnostic conundrum for most practitioners, and our case illustrates that the illness continues to manifest with variable presentations and clinical courses. As our understanding of the condition progresses, efforts should be made to highlight these conditions in the diagnostic and management algorithms of patients with intestinal subocclusion.

(18749) - TRANSANAL RESECTION VIDEO-ASSISTED FOR EARLY STAGE RECTAL CANCER

Rodrigues J¹, Antunes A¹, Pereira A¹, Marques I¹, Cavadas A S¹, Azevedo C³, Gonçalves E¹, Santos P², Gonçalves N¹, Pinho J¹, Sousa A¹, Sousa P¹, Pereira C C¹, Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Centro Hospitalar do Oeste;

3 - Centro Hospitalar da Cova da Beira

Introduction: Early stage colorectal cancer is associated with about 90% 5-year survival. Early stage rectal cancer is defined as lesions with no extension beyond submucosa (T1) or muscularis mucosa (T2) and with no evidence of lymph node spread (N0). Treatment has involved major abdominal surgery (total mesorectal excision) with the possibility of permanent stoma and long-term bowel, bladder, and sexual dysfunction. Local procedures for strictly selected early rectal cancers (T1 and N0) can lead to identical oncological results and better outcomes regarding morbidity and quality of life.

Purpose: Presenting a video of a transanal resection video-assisted of a rectal tumor to give some technique appointments and to expose an alternative approach to manage early rectal cancer in a patient with multiple co-morbidities.

Material and methods: Clinical case and surgery video presentation.

Results: A 76-years-old man with a heavy cardiac disease was diagnosis with rectal adenocarcinoma at 5 cm from the anal verge (moderately differentiated, 30 mm and semipediculate polyp). The initial staging was cT2N0M0. After the neoadjuvant radiotherapy, the magnetic resonance imaging showed a downstaging (T1-2N0) with a size reduction greater than 50%.

Firstly, then patient was proposed for anterior resection of the rectum. However, patient refused major surgery and due to his physical weakness, it was proposed a transanal resection video-assisted alternatively.

To the surgery, the patient was placed in a lithotomy position. After the introduction of a transanal access platform, the pneumorectum was achieved with the conventional CO2 insufflator. The lesion was then identified. The excision margin, about 1cm from the tumor, was marked out with monopolar energy in a circumfe-

rential pattern around the lesion. After surrounding the lesion and achieving the limit of the mesorectal fat the lesion was removed. After reviewing hemostasis, the defect in the rectum was closed transversely to avoid stenosis, using a resorbable barbed suture.

The patient was discharged home the day after the surgery.

The histopathology examination revealed a tumoral staging of T2 and a R0 resection.

Discussion/Conclusion: Patients with early stage rectal cancer who are not candidates for radical surgery due to high operative risk or those who refuse to undergo radical surgery may be considered for neoadjuvant therapy followed by local excision of residual disease.

Keywords: Colorectal cancer; Early rectal cancer; Transanal resection

(18751) - LOBO EM PELE DE CORDEIRO - UM CASO IMPROVÁVEL DE HEMOSTASE ENDOSCÓPICA POR POLIPECTOMIA

Trigo A C¹, Graça A R¹, Ferreira A M¹, Figueiredo P N^{1,2}

1 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A hemorragia digestiva baixa é um problema mundial comum, em que a incidência aumenta significativamente com a idade, sendo a causa mais comum de hemorragia digestiva em idades avançadas. As causas mais comuns são a hemorragia diverticular, as angiodisplasias, a doença hemorroidária e as neoplasias.

Objetivo: Apresentamos um caso de hemorragia digestiva incomum, com ponto de partida num pólipos do colon, que representa uma etiologia muito rara, assim como o seu tratamento, identificando-se apenas um outro caso descrito de hemostase com recurso a polipectomia na literatura.

Resumo do caso: Doente do sexo masculino, 82 anos, com antecedentes pessoais de estenose aórtica grave e enfarte agudo do miocárdio recente com necessidade de anticoagulação com NOAC e antiagregação simples com Clopidogrel. Apresentava história de múltiplas admissões no serviço de urgência em contexto de astenia com semanas de evolução, episódios de lipotimia e

hematoquezias, na última admissão com anemia com necessidade transfusional, que motivou internamento para estudo endoscópico. Identificou-se angiectasia gástrica em endoscopia digestiva alta, que foi fulgurada com APC, e dois pólipos do cólon na colonoscopia total, que não foram removidos dado contexto de hemorragia recente, tendo tido alta. Foi novamente admitido por manutenção de hematoquezias, com anemia com nova necessidade transfusional, tendo repetido endoscopia digestiva alta, que não revelou alterações. Assim, optou-se por colocar videocápsula, que não revelou lesões com potencial hemorrágico, sem sangue ou seus vestígios ao longo do intestino delgado, mas com fezes misturadas com sangue ao longo do colon. Repetiu-se colonoscopia total, tendo-se observado ao longo de todo o colon lagos de sangue escuro, identificando-se no colon ascendente proximal, em localização descrita previamente, um pólipo sésil infracentimétrico com coágulo aderente. Procedeu-se a polipectomia com ansa diatérmica, sem sinais de hemorragia peri-procedimento. À data de alta, e após reintrodução da anticoagulação 48 horas após a polipectomia, tendo-se optado por suspender a antiagregação com clopidogrel, não se registaram novas perdas hemáticas, apresentando hemoglobina estável, sem necessidade de novo suporte transfusional.

Relevância: A hemorragia digestiva baixa com ponto de partida em pólipos do colon é extremamente rara. Após pesquisa na PubMed, encontrámos apenas um caso descrito de hemostase por polipectomia. No caso apresentado, face a uma colonoscopia total com preparação adequada recente em que apenas se identificaram pólipos do colon e com uma endoscopia digestiva alta sem alterações, num doente com antecedentes pessoais de estenose aórtica grave e história de angiodisplasia gástrica, suspeitou-se de uma hemorragia digestiva média, optando-se por realizar de seguida uma videocápsula endoscópica, que não identificou qualquer lesão. O caso clínico descrito releva um agente incomum de hemorragia digestiva e a necessidade de não descurar esta entidade na lista de diagnósticos diferenciais. Evidencia também o papel da polipectomia com recurso a ansa diatérmica na hemostase

endoscópica. A antiagregação com clopidogrel e NOAC potenciam a hemorragia digestiva baixa, e o momento da sua reintrodução tendo em vista a prevenção da hemorragia pós-polipectomia constituem um desafio dada a raridade do caso.

(18752) - LAPAROSCOPIC LEFT HEMICOLECTOMY - LATERAL-TO-MEDIAL APPROACH

Antunes A¹, Cavadas A S¹, Pereira A M¹, Marques I¹, Gonçalves E¹, Gonçalves N¹, Rodrigues J¹, Pinho J¹, Sousa A S¹; Sousa P¹, Santos P², Azevedo C¹, Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital de Torres Vedras

Introduction: Laparoscopic surgery is the preferred method for colorectal resections. However, the methods of performing laparoscopic left hemicolectomy differ between surgeons.

The most accepted mobilization for laparoscopic left hemicolectomy is the medial-to-lateral approach but, in some cases the lateral-to-medial approach can be more adequate. With this approach we can avoid important lesions of the pancreas, duodenum, spleen and posterior face of stomach.

Material and methods: We present a case of a laparoscopic lateral-to-medial mobilization of the left colon. 4 ports was used, a 10 mm trocar in the umbilicus as the camera port, a 12 mm trocar is inserted in the right lower quadrant on the right midaxillary line, a 5 mm trocar in the right upper quadrant to serve as the left working port for the surgeon, and a 5 mm trocar in the left flank for the assistant surgeon.

This approach consists essentially initially by opening the lateral peritoneal attachments, followed by splenic flexure mobilization and section of the gastrocolic ligament and entry the lesser sac. For last we ligate the vascular supply at the level of the inferior mesenteric artery and the inferior mesenteric vein.

Results: The procedure went without complications.

Conclusion: This is a feasible and safe technique which has some advantages: the left lateral peritoneal reflection is a "Dotted line", is a plane, we don't have to make it up from the medial aspect of the mesentery, don't have to lift up heavy colons for exposure of the splenic flexure

and in obese patients and in patients with dilated bowel, we can make the mobilization of the colon without the small bowel interferences.

(18753) - NEM TUDO O QUE PARECE NEOPLASIA DO RETO O É...

Graça A R¹, Silva A¹, Almeida V², Temido M J¹; Santos L¹, Gravito-Soares E¹, Perdigoto D¹, Amaro P¹, Figueiredo P N¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A neoplasia da próstata é a segunda mais frequente nos homens. A neoplasia da próstata geralmente é diagnosticada em estágio precoce. A metastização é mais frequente para o osso, fígado e pulmão. O envolvimento rectal é raro com poucos casos descritos na literatura, devido à presença de uma barreira membranosa, a fásia de Denonvilliers, que separa a próstata do recto. A invasão rectal pode ocorrer por disseminação iatrogénica, invasão direta da fásia meso-rectal ou metastização linfática. A sintomatologia e o aparecimento de uma lesão rectal no estudo endoscópico podem levar a um diagnóstico erróneo de neoplasia primária do recto e consequentemente tratamento inadequado.

Objetivo: Diagnóstico diferencial de lesão rectal. O envolvimento neoplásico do recto de origem extrínseca, apesar de raro, pode ocorrer em neoplasias como o adenocarcinoma da próstata. O seu diagnóstico exige um elevado nível de suspeição. O diagnóstico diferencial com neoplasia primária do recto pode ser difícil, com implicações prognósticas e terapêuticas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 79 anos de idade, com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial, fibrilhação auricular, diabetes mellitus não insulínica dependente e hiperplasia benigna da próstata, medicado com aspirina, apixabano, metformina, finasterida e tansulosina, recorre ao seu Médico de Família por dispepsia e obstipação de novo com 3 meses de evolução. Adicionalmente, apresentava sintomas urinários em relação com hiperplasia benigna da próstata, estáveis desde 2015.

Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou área

de mucosa congestiva e irregular do corpo alto, cujas biopsias revelaram infiltrado linfocitário com estudo imunohistoquímico positivo para CD 20 +, BCL2 + e negativo para CD3, CD5, CD10, CD23 e ciclina D1 compatível com linfoma Não Hodgkin fenótipo B, associado à mucosa (MALT). A pesquisa de *Helicobacter pylori* (Hp) foi negativa. Posteriormente foram realizadas duas tentativas de colonoscopia que mostraram lesão estenosante e ulcerada, circunferencial e infranqueável, a nível do recto distal, com envolvimento da transição anorretal, sugestiva de neoplasia maligna rectal, dura ao toque de pinça, tendo-se realizado biopsias. A histologia foi negativa para neoplasia em ambas as situações. O doente foi referenciado para o Hospital da área de residência para orientação diagnóstica e terapêutica complementares. Relativamente ao linfoma gástrico MALT, por suspeita de falso-negativo devido a toma de inibidor da bomba de prótons no momento da colheita das biopsias endoscópicas, realizou-se teste respiratório com ¹³C-ureia, o qual foi positivo. Após terapêutica de erradicação quádrupla com bismuto ocorreu erradicação do Hp e resposta completa do linfoma MALT confirmada por revisão endoscópica com biopsias. Em relação à lesão rectal, repetiu exame endoscópico com gastroscópio, que mostrou lesão infiltrativa e estenosante, com atingimento circunferencial, franqueável com ressalto, envolvendo o canal anal proximal, reto distal e médio, com uma extensão longitudinal de 8cm's. A observação da lesão mostrou um aspeto de empedramento não sugestivo de neoplasia rectal de origem epitelial primária, levantando a suspeita de infiltração com origem extra-rectal, tendo-se realizadas múltiplas biopsias. O resultado histológico mostrou pequenos maciços e glândulas formados por células com hiper cromasia nuclear, cujo estudo imunohistoquímico se revelou positivo para PSA, PSAP, racemase e recetores de androgéneos e negativo para CK7, CK20 e CDX2, compatível com adenocarcinoma primário da próstata com infiltração recto-anal.

Realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que mostrou próstata volumosa, heterogénea e multinodular, sem plano de clivagem com o recto que apresenta espessamento difuso, com densificação

da gordura meso-rectal e adenopatias a este nível e ao nível de ambas as cadeias ilíacas e lombo-aórticas. Foi solicitada consulta urgente de Urologia com valores de PSA 398 ng/ml (valor de referência < 4ng/ml), tendo iniciado hormonoterapia com bicalutamida. Solicitado cintigrama ósseo que revelou hipercaptação em D6, arcos costais esquerdos e osso ilíaco direito tendo-se progredido para leuprorrelina com melhoria clínica e decréscimo dos valores do PSA até ao momento presente com *follow-up* de 8 meses.

Conclusões/relevância: As apresentações clínicas, endoscópicas e imagiológicas representam um desafio diagnóstico na distinção da neoplasia primitiva do recto ou da próstata, podendo levar a erros com consequentes implicações terapêuticas e prognósticas. Na literatura está documentado erro no diagnóstico de neoplasia rectal em 0,1% (9/9054). Os marcadores tumorais PSA e CEA são inespecíficos para o diagnóstico diferencial, podendo o PSA ser normal na neoplasia da próstata. A imunohistoquímica é crucial para o diagnóstico definitivo, embora os marcadores específicos como o PSA e racemase nem sempre sejam expressos na neoplasia do recto. Adicionalmente, a positividade para CDX2 favorece o diagnóstico de neoplasia primária do recto, embora em raras ocasiões possa ser expresso na neoplasia prostática.

Os autores apresentam um caso de lesão rectal com origem prostática por invasão direta, com uma árdua marcha diagnóstica. É crucial um elevado índice de suspeição devendo o diagnóstico basear-se na combinação dos achados clínicos, endoscópicos, serológicos, radiológicos e anatomopatológicos, incluindo estudo imunohistoquímico dirigido, para um diagnóstico definitivo correto, com implicações terapêutico-prognósticas. A invasão rectal pelo adenocarcinoma da próstata traduz-se num estágio mais avançado da doença condicionado um prognóstico mais desfavorável. Apresenta-se iconografia endoscópica, imagiológica e anatomopatológica.

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Portuguesa de Coloproctologia publica Artigos Originais, Artigos de Revisão, Estados da Arte, Casos Clínicos e Instantâneos em Coloproctologia sobre todos os temas médicos e cirúrgicos da Coloproctologia, assim como Cartas ao Editor. Os manuscritos submetidos para publicação devem ser preparados de acordo com os “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals – Updated 2007” elaborados pelo “International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org)”. Os artigos aceites para publicação passarão a ser propriedade da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização do Corpo Editorial da Revista. A aceitação dos originais enviados para publicação será feita após apreciação por membros do Conselho Científico cujos pareceres serão sempre comunicados aos autores; estes disporão de um período de quatro semanas para efetuar as eventuais modificações propostas. Os manuscritos recebidos que não estejam de acordo com as normas definidas serão devolvidos aos autores sem serem apreciados pelo Conselho Científico. Todos os artigos aceites e publicados na Revista Portuguesa de Coloproctologia, são candidatos ao Prémio Melhor Artigo Científico. O prémio teve início em 2016 e é referente aos trabalhos publicados na Revista Portuguesa de Coloproctologia no ano imediatamente anterior. O Júri do Prémio é nomeado pelo Corpo Editorial, sendo constituído por membros do Conselho Científico da Revista Portuguesa de Coloproctologia. O Artigo anualmente premiado é revelado, e o respetivo Prémio entregue, na Sessão de Encerramento do Congresso Nacional de Coloproctologia desse mesmo ano.

A Revista Portuguesa de Coloproctologia aceita ainda a publicação na íntegra de abstracts correspondentes a trabalhos da área da coloproctologia que foram objeto de apresentação em congressos que decorreram noutros países.

NORMAS GERAIS

Os originais, em Português ou Inglês, em formato *Word* acompanhados de uma cópia em PDF, devem ser enviados por e-mail para spcoloprocto@gmail.com.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados das seguintes informações ou documentos:

- Declaração de originalidade;
- Declaração de cedência dos direitos de propriedade;
- Declaração sobre a existência ou não de conflitos de interesses;

Os conflitos de interesses incluem apoio financeiro da indústria biomédica ou outras origens comerciais sob a forma de bolsas de investigação, pagamento de honorários por trabalhos de consultadoria, emprego na indústria biomédica ou fabricantes de equipamentos e/ou propriedade de ações destas empresas. Estes interesses devem ser mencionados em relação a cada autor. Caso não existam conflitos de interesses, deve haver uma declaração nesse sentido, assegurando que tal se aplica a todos os autores. Caso os trabalhos tenham sido efetuados com o apoio de uma Bolsa de Investigação atribuída por uma Sociedade Científica, este facto deverá ser mencionado.

- Declaração sobre a utilização de consentimento assinado dos doentes incluídos no estudo, quando indicado;
- Aprovação da Comissão de Ética local;
- Aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (quando justificado);
- Contribuição de cada autor para o trabalho (projeto do estudo, análise dos dados, elaboração do manuscrito, revisão do manuscrito ou outras).

Os trabalhos submetidos devem ser preparados de acordo com as regras que adiante se detalham. Todas as páginas devem ser numeradas. A numeração das referências bibliográficas, tabelas e quadros deve ser feita pela ordem de aparecimento no texto.

1. PÁGINA DO TÍTULO

Deve conter:

1. Título - Deve ser redigido em Português e Inglês, devendo ser conciso, não conter abreviaturas e não ultrapassar os 120 caracteres. Poderá englobar um subtítulo com um máximo de 45 caracteres.
2. Autores – No manuscrito os Autores devem ser identificados pelo seu nome clínico por extenso. Deverá ser feita a identificação completa do(s) serviço(s), departamento(s) ou instituição(ões) onde o trabalho foi realizado ou de acordo com a afiliação dos autores. Na Revista constará a lista de Autores com o formato: Apelido seguido da (s) inicial (is) do(s) primeiro(s) nome(s) (por exemplo, Silva J, Santos A, Pereira M.).
3. Patrocínios - Deverão ser referidas todas as entidades que patrocinaram o trabalho.
4. Correspondência - Referir o nome, endereço institucional e o e-mail do autor a quem deve ser enviada a correspondência.

2. RESUMO

Os resumos deverão ser redigidos em Português e Inglês, não devendo ultrapassar as 200 palavras no caso de Artigos Originais e as 120 palavras no Caso Clínico.

3. TEXTO

Os Artigos Originais devem ser organizados segundo os seguintes itens: Introdução, Objetivos, Material e Métodos, Resultados e Conclusões.

O corpo do texto não deve ultrapassar as 4000 palavras nos Artigos Originais, Artigos de Revisão e Estados da Arte e não deve ultrapassar as 2000 palavras nos Casos Clínicos. No caso dos Instantâneos em Coloproctologia e Cartas ao Editor o número de palavras deverá ter como limite as 500 palavras. No caso da Carta ao Editor se referir a artigo previamente publicado na Revista Portuguesa de Coloproctologia, será dada oportunidade de resposta aos Autores do mesmo, sendo ambos publicados em conjunto.

O corpo do texto deve incluir referência a aprovação da Comissão de Ética da Instituição e aos métodos estatísticos utilizados, quando aplicável. Todos os fármacos devem ser referidos pelo seu nome genérico. Referências a nomes comerciais de equipamentos ou dispositivos médicos devem ser acompanhadas do nome, cidade e país do fabricante. As abreviaturas, que são desaconselhadas, devem ser especificadas na sua primeira utilização. Os parâmetros utilizados devem ser expressos em Unidades Internacionais, com indicação dos valores normais. A identificação das figuras deverá ser feita em numeração árabe, e a dos quadros ou tabelas em numeração romana.

4. BIBLIOGRAFIA

Deve ser referenciada em numeração árabe, por ordem de aparecimento no texto. Nos artigos originais ou de revisão não há limite pré-estabelecido de referências, mas não deverão ultrapassar as 30, tanto quanto possível. Nos casos clínicos preferencialmente não devem ultrapassar as 15. As referências de comunicações pessoais e de dados não publicados serão feitas diretamente no texto, não sendo numeradas. Deverão ser feitas utilizando as abreviaturas do *Index Medicus*.

Revistas Científicas: relação de todos os autores se não ultrapassar os seis ou dos seis primeiros seguidos de *et al*, título do artigo e identificação da revista (nome, ano, volume e páginas). Exemplo: Johnson CD, Ahlquist DA. Computed tomography colonography (virtual colonoscopy): a new method for colorectal screening. *Gut*.1997; 112:24-8.

Livros: Nome (s) do (s) autor (es), título, cidade e nome da editora, ano de publicação e página. Exemplo: Sherlock S. *Diseases of the liver and biliary system*. 9th Edition. London: Blackwell Scientific Publications; 1989. p.145.

Artigos em livro: Nome (s) e iniciais do (s) autor(es) do artigo (ou capítulo); título ou número do artigo ou capítulo,

|| Normas de Publicação

nomes e iniciais dos editores, título do livro, cidade e nome da casa editora, número de edição, ano de publicação, primeira e última páginas do artigo. Exemplo: Hotz J, Goebell H. Epidemiology and pathogenesis of gastric carcinoma. In: Hotz J, Meyer H-J, Schomoll H- J, eds. Gastric carcinoma. Classification, diagnosis and therapy. 1st Edition. New York: Springer- Verlag; 1989.p.3-15.

5. LEGENDAS

Devem ser dactilografadas a dois espaços em folha separada e numeradas em sequência. As legendas devem ser numeradas em algarismos árabes pela sequência da citação no texto e fornecerem a informação suficiente para permitir a interpretação da figura sem necessidade de consulta do texto.

6. FIGURAS E QUADROS

O número total máximo de figuras e quadros será de 8 para os Artigos Originais, 5 para os Casos Clínicos e Instântâneos em Coloproctologia e 1 na Carta ao Editor.

Todas as figuras e fotografias devem ser enviadas separadamente e com elevada resolução (pelo menos 300 dpi). Os quadros devem ser enviados em folha separada, dactilografados a 2 espaços, identificados com o número de aparecimento no texto (algarismos romanos) e com um título informativo na parte superior. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas (abreviaturas, significado estatístico, etc).

REVISÃO

As provas tipográficas serão revistas pelos autores. Será claramente especificado o prazo para devolução das provas revistas. O não cumprimento do prazo implica a aceitação pelos autores da revisão das provas efetuadas pelos serviços da Revista.